



Evandro de Oliveira Magalhães Filho

**Construção de estratégias para qualificação do cuidado ao Recém-Nascido Prematuro
na Estratégia de Saúde da Família: um estudo convergente-assistencial**

Santo Antônio de Jesus
2022

Evandro de Oliveira Magalhães Filho

Construção de estratégias para qualificação do cuidado ao Recém-Nascido Prematuro na Estratégia de Saúde da Família: um estudo convergente-assistencial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo UFRB, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador(a): Profa. Dra. Micheli Dantas Soares

Coorientador(a): Profa. Dra. Luciana Alaíde Alves Santana

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.

Santo Antônio de Jesus

2022

Construction of strategies for qualifying care for Premature Newborns in the Family Health Strategy: a convergent-assistance study

Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde – UFRB

M188 Magalhães Filho, Evandro de Oliveira.

Construção de estratégias para qualificação do cuidado ao recém-nascido prematuro na estratégia de saúde da família: um estudo convergente-assistencial / Evandro de Oliveira Magalhães Filho. 2022. 140 f. ; il.

Orientadora: Profa Dra Micheli Dantas Soares.

Coorientadora: Profa Dra Luciana Alaíde Alves Santana.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, 2022.

1. Prematuros - Assistência hospitalar. 2. Recém-nascidos - Cuidado e tratamento. 3. Cuidados primários de saúde. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Centro de Ciências da Saúde. II. Soares, Micheli Dantas. III. Santana, Luciana Alaíde Alves. IV. Título.

CDD : 649.122

Ficha elaborada por: Elaine Batista Sampaio CRB-5/1831

Evandro de Oliveira Magalhães Filho

Construção de estratégias para qualificação do cuidado ao Recém-Nascido Prematuro na Estratégia de Saúde da Família: um estudo convergente-assistencial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo UFRB, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.
APROVADA EM: 12 de Dezembro de 2022.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Helena Moraes Cortes
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza
Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Micheli Dantas Soares
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (Orientadora)

Profa. Dra. Luciana Alaíde Alves Santana
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (Coorientadora)

Santo Antônio de Jesus

2022

Aos grandes guerreiros recém-nascidos que
chegam com ligeirice para iniciar a jornada pela
vida.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de quebrar teu silêncio Deus, para Te chamar aqui e agradecer, meu Senhor, porque a Te me rendo e sou grato pela vida, saúde e força que a cada dia se renova quando o sol levanta no meu horizonte. Obrigado por dizer sim a minha vida, principalmente, nesses últimos anos que minha saúde exigiu muito de mim.

Sou grato a minha família pela paciência e pela compreensão diante da minha ausência nesses últimos dois anos. Minha Helena, filha você é a luz dos meus olhos, nosso reencontro nessa vida foi um presente de Deus, um acalento para minha alma, obrigado pelos beijos que me pegavam de surpresa durante meus estudos, sem dúvida cada um deles me revigoraram. Meu marido Ramon, você é sem dúvida uma brisa que Deus soprou na minha vida, uma das pessoas mais incríveis que conheço, obrigado pelo amor, amizade, carinho, por acreditar em mim e pelo cuidado com nossa família durante essa caminhada. Agradeço a Lara, minha filha de patinhas pelo o amor e pela conexão que temos. Minha mãe Carmém sou muito grato pela experiência de ser seu filho, pelo amor, carinho e alegria que coloca na minha vida.

Sou grato a Santo Antônio, Imã Dulce, São José e a nossa Maria, minha mãe, por incansáveis intercessões que fazem ao Pai por mim e por minha família.

Sou grato pela companhia dos irmãos de luz, presentes na minha vida. Obrigado Divino Pai pela clareza e instrução de poder vivenciar essas companhias que me trazem a beleza do plano espiritual.

Sou grato a Oxum (Ora iê iê ô!), pela companhia, senhora Tu es a tradução da minha natureza e a conexão com ela. Obrigado por me guiar nesse processo, como as águas de um rio que contornam as pedras no seu leito, adversidades não faltaram nesse percurso, mas também um rio com corredeiras onde suas águas ganham força de arraste.

Sou grato as professoras Micheli e Luciana, carinhosamente chamadas por mim de “Pró”. Duas lindas flores do jardim da UFRB, firmes e fortes na condução, mas cada pró demonstrou sua empatia, carinho, competência, paciência e amor mesmo! Obrigado pela escuta e renovação. Gratidão sempre, Namastê. Com certeza, se meus pacientes prematuros soubessem falar também agradeceriam a vocês, foi lindo o que vocês criaram para melhorar a oportunidade de eles sobreviverem.

Sou grato aos amigos por acreditarem em mim, e serem meu apoio.

Sou grato a todos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, minha casa de trabalho, por todo o cuidado, oportunidades, aprendizado e contribuição na minha vida pessoal e profissional.

Sou grato aos colegas do mestrado, Alane, Arthur, Victor, Inamare e Samara, por estarem sempre disponíveis para ajudar, partilhando carinho e saberes. Samara te agradeço pelo amor e pelas palavras de aconchego, uma amiga-irmã que a vida me presenteou.

Sou grato ao município de Conceição do Almeida por ser uma das maiores experiências profissionais que vou ter nessa vida. Agradeço também a toda a equipe da USF que foi cenário deste estudo e a todos da Secretaria Municipal de Saúde por acreditarem no potencial desse trabalho. Agradeço em especial a Josy coordenadora da Atenção Básica por esta presente desde o início dessa caminhada, agradeço pela sua amizade e por sua competência.

Sou grato a todos os meus pequenos e todas as minhas pequenas pacientes, principalmente aos bebês prematuros, vocês são minha escola, quero que saibam que esse trabalho também me deu a responsabilidade de ser mais um porta-voz na luta pela qualidade do cuidado com vocês. Sinto que a caminhada está apenas no início.

Enfim, agradeço a todos que acreditam na luta por uma saúde pública mais acolhedora e resolutiva para o bebê prematuro.

*Eu quero água viva que me mostra o mar de
possibilidades que eu tenho na vida.
Nada nem ninguém poderá me roubar o futuro.*

ROSSI, 2010, p.49.

RESUMO

Trata-se de um trabalho que utilizou a Pesquisa Convergente-Assistencial, a qual preconiza mudanças e inovações na prática assistencial ao lado da investigação científica, mantendo um diálogo constante entre os participantes através de momentos de aproximação, afastamento e convergência entre as práticas assistenciais e de pesquisa. Em consonância com este método, o objetivo investigativo do estudo foi identificar os fatores que interferem no cuidado ao recém-nascido prematuro em uma unidade de saúde da família de um município do recôncavo baiano, ao passo que o objetivo assistencial consistiu em construir, de forma convergente, estratégias voltadas a qualificação do cuidado ao recém-nascido prematuro junto aos trabalhadores. O território de estudo foi uma Unidade de Saúde da Família de um município do Recôncavo Baiano, tendo como participantes os trabalhadores de saúde dessa unidade. Os dados foram produzidos de março a outubro de 2022, a partir de entrevistas individuais, três grupos de convergência, guiados pela pedagogia freiriana, e diário de campo. A análise das entrevistas revelou três categorias relacionadas à fragilidade da assistência ao recém-nascido prematuro neste contexto: inexistência de fluxograma de atendimento e encaminhamento, falta de conhecimento sobre cuidados e gestão do cuidado ao atendimento. Os grupos de convergência foram planejados e executados à luz da análise das etapas antecedentes. Este processo resultou no desenvolvimento dos seguintes produtos: a construção de espaços formativos em serviço; a pactuação e confecção de um fluxograma de atendimento e encaminhamento do recém-nascido prematuro; criação de uma Árvore de Vínculos; realização de uma Oficina de habilidades em amamentação e engasgo do recém-nascido prematuro; criação do Manual de Cuidados com o Bebê Prematuro - Orientações para os Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde; construção de um site, inicialmente, para hospedar o manual e ampliar sua publicização. Este trabalho revelou a potência da metodologia convergente assistencial para construir, de forma colaborativa, processos investigativos e formativos simultaneamente, sobretudo, em contextos de mestrados profissionais; contribuiu para a qualificação do cuidado ao recém-nascido prematuro no contexto estudado; assim como, é possível admitir que alguns produtos gerados têm potencial de aplicação em outros contextos de Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Recém-nascido pré-termo. Bebê prematuro. Estratégia de Saúde da Família. Pesquisa Convergente Assistencial.

ABSTRACT

It is a work that used Convergent Care Research, which advocates changes and innovations in care practice alongside scientific research, maintaining a constant dialogue between participants through moments of approximation, distancing and convergence between care practices and of research. In line with this method, the investigative objective of the study was to identify the factors that interfere in the care of premature newborns in a family health unit in a municipality in the reconcavo region of Bahia, while the care objective consisted of building, in a way that convergent, strategies aimed at qualifying care for premature newborns with workers. The study territory was a Family Health Unit in a municipality in the Recôncavo Baiano, with the health workers of that unit as participants. Data were produced from March to October 2022, based on individual interviews, three convergence groups, guided by Paulo Freire pedagogy, and a field diary. The analysis of the interviews revealed three categories related to the fragility of care for premature newborns in this context: lack of a flowchart for care and referral, lack of knowledge about care and management of care during care. Convergence groups were planned and executed in light of the analysis of previous steps. This process resulted in the development of the following products: the construction of in-service training spaces; the agreement and preparation of a flowchart for care and referral of premature newborns; creation of a Link Tree; holding a workshop on skills in breastfeeding and choking of premature newborns; creation of the Premature Baby Care E-book - Guidelines for Primary Health Care Workers; construction of a website, initially, to host the manual and expand its publication. This work revealed the power of the convergent care methodology to build, in a collaborative way, investigative and training processes simultaneously, above all, in contexts of professional master's degrees; contributed to the qualification of care for premature newborns in the studied context; as well as, it is possible to admit that some products generated have potential for application in other contexts of Primary Health Care.

Keywords: Preterm newborn. Premature baby. Family Health Strategy. Assistential Convergent Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 -	Movimento de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição....	35
Figura 2 -	Esquemática das etapas de produção de dados.....	37
Figura 3 -	Fluxo de atendimento ao RNPT na Macrorregião de Saúde Leste da Bahia, segundo participantes.....	43
Figura 4 -	Nuvem de palavras de adjetivos utilizados pelos participantes para se referirem ao RNPT.....	53
Figura 5 -	Fluxo pactuado pela equipe para o encaminhamento do RNPT na unidade.....	56
Figura 6 -	Código QR de acesso ao site de hospedagem do Manual de Cuidados com o Bebê Prematuro: Orientações para Trabalhadores da Atenção Primária a Saúde.....	65

FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 -	Árvore de Vínculos fixada na parede da USF.....	55
Fotografia 2 -	Posição “cavalinho” para amamentação do RNPT.....	60
Fotografia 3 -	Posição para amamentar RNPT gemelares.....	60
Fotografia 4 -	Primeira Manobra de desengasgo.....	61
Fotografia 5 -	Segunda Manobra de desengasgo.....	61

QUADROS

Quadro 1 -	Temas das demandas formativas referidos pelos participantes.....	47
Quadro 2 -	Síntese dos fatores que expressam os elementos que dificultam e/ou precarizam a assistência ao RNPT, segundo participantes do estudo.....	52
Quadro 3 -	Conteúdos fundamentais que necessitam de aprimoramento, selecionados pelos participantes.....	57
Quadro 4 -	Vantagens e Desvantagens de material informativo em formato de digital.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
COVID 19	Doença Corona Vírus 2019
CRIEs	Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
GC	Grupo de convergência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MC	Método Canguru
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PNI	Programa Nacional de Imunizações
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1	POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO.....	20
2.2	FATORES QUE INTERFEREM NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO.....	23
3	METODOLOGIA: FASE DE INSTRUMENTAÇÃO DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	31
3.1	CONCEPÇÃO.....	31
3.2	INSTRUMENTAÇÃO.....	32
3.3	PERSCRUTAÇÃO E ANÁLISE.....	34
3.3.1	Entrevistas semiestruturadas.....	36
3.3.2	Grupos de Convergência (Fases 4, 6 e 8).....	37
3.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	39
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	41
4.1	ANÁLISE DA ENTREVISTAS INDIVIDUAIS.....	41
4.1.1	Fluxograma de Atendimento e Encaminhamento do Recém-nascido Prematuro.....	41
4.1.2	Falta de Conhecimento sobre os cuidados com o Recém-nascido Prematuro.....	46
4.1.3	Gestão do Cuidado ao Atendimento ao Recém-nascido Prematuro.....	49
4.2	ANÁLISE DOS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA.....	51
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS (ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA).....	79
	APÊNDICE B – RESULTADO DA ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS.....	80
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	

ESCLARECIDO (TCLE).....	85
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA O ENCONTRO DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA 1 (GC1).....	92
APÊNDICE E – ROTEIRO PARA O ENCONTRO DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA 2 (GC2).....	93
APÊNDICE F – ROTEIRO PARA O ENCONTRO DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA 3 (GC3).....	94
APÊNDICE G - MANUAL DE CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO: ORIENTAÇÕES PARA TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE.....	95
APÊNDICE H – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO MANUAL.....	136
ANEXO A – CADASTRO DA OFICINA DE HABILIDADES EM AMAMENTAÇÃO E ENGASGO PARA O RECÉM-NASCIDO PREMATURO, COMO EXTENSÃO NA UFRB.....	137
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ACEITE PARA PUBLICAÇÃO DE CAPÍTULO NO E-BOOK: SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERRAS BAIANAS II.....	139

1 INTRODUÇÃO

O recém-nascido pré-termo (RNPT) ou prematuro nasce com menos de 37 semanas de gestação (BRASIL, 2016; WHO, 2019). Possui uma imaturidade fisiológica e funcional que, em alguns bebês, os impedem de manter o que é necessário à sua sobrevivência como: manter a temperatura corporal, sua nutrição (deglutição) e as funções cardiorrespiratórias de forma estável. O grau de autonomia funcional vai depender da classificação do recém-nascido prematuro (Pré-termo tardio: nascido entre 34 e 36 semanas e 6 dias de gestação; Pré-termo moderado: nascido entre 28 e menos de 34 semanas e Pré-termo extremo: nascido abaixo de 28 semanas de gestação) (BRASIL, 2015, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a prematuridade como um problema mundial de saúde pública, principalmente por sua relação com a mortalidade neonatal (OLIVEIRA et al., 2016; GAIVA et al., 2021). A prematuridade é um assunto de extrema relevância em todo o mundo, uma prioridade de Saúde Pública, por ser a causa mais influente na morte neonatal e a segunda causa principal de mortalidade em crianças menores de 5 anos (GUIMARÃES et al., 2017).

Os principais fatores de risco para a ocorrência do parto prematuro estão relatados na literatura e são alusivos ao estado de saúde materna, seus hábitos, condições psicossociais e econômicas e raça/cor, como: diabetes mellitus, hipertensão, infecções do trato urinário, histórico de pré-eclâmpsia, infecções periodontais e congênitas, tabagismo, alcoolismo, ansiedade (GAIVA; MODES; STEVANATO, 2015; OLIVEIRA et al., 2016), idade materna menor que 15 anos ou maior que 35 anos (GUIMARÃES et al., 2017; MOURA et al., 2020), antecedente de parto pré-termo, estatura materna inferior a 1,52 metros e desproporção cefalopélvica, sangramento vaginal no 2º trimestre de gestação, amadurecimento cervical, aumento da atividade uterina antes da 29ª semana de gestação (GUIMARÃES et al., 2017), dificuldades financeiras, cesárea eletiva, presença de anomalia congênita (MOURA et al., 2020), uso de abortivo no início da gestação, ruptura prematura de membrana (GAIVA; MODES; STEVANATO, 2015), gemelaridade, determinantes sociais (MARTINS et al., 2022), ser mãe solteira, ocupação materna em atividade profissional remunerada, estado nutricional, alteração de peso inadequado da mãe, exposição a substâncias tóxicas, ausência de pré-natal ou número reduzido de consultas (GUIMARÃES et al., 2017; MOURA et al., 2020) e mulheres negras gestantes (CARMICHAEL et al., 2017; LEAL et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2018; MOURA et al., 2020; FERNANDES et al., 2021).

Alguns estudos têm mostrado maiores taxas de partos prematuros entre mulheres negras gestantes, em relação a gestantes não negras (CARMICHAEL et al., 2017). Em 2018, uma revisão sistemática mostrou que o parto prematuro é 1,5 vezes mais comum entre mulheres negras do que entre mulheres não negras, o mesmo estudo também revelou que existe uma escassez de estudos avaliando os aspectos étnicos envolvidos nessa relação de risco (OLIVEIRA et al., 2018). A pesquisa Nacer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento, um recente estudo nacional de base hospitalar representativo da população brasileira, demonstrou barreiras de acesso e peregrinação na busca de assistência ao parto que foram significativamente maiores entre as gestantes negras do que entre as não negras, também constatou que as mulheres negras correm maior risco de receberem cuidados abaixo do padrão ou atraso no acesso a cuidados no pré-natal (FERNANDES et al., 2021; LEAL et al., 2017). Para Leal et al. (2021), a humanização do parto diz respeito à qualidade da assistência proporcionada às gestantes, parturientes e puérperas, ao seu direito da gestante em estar bem informada, tomar decisões em relação à gestação e ao parto e em serem ouvidas.

Estudos mais recentes realizados em território nacional em relação a maior ocorrência de partos prematuros de mulheres negras gestantes em relação as gestantes não negras, apontam a necessidade da formação de políticas apropriadas para diminuir essas diferenças, especialmente no contexto da prematuridade, quando mulheres e seus neonatos têm necessidades específicas (CARMICHAEL et al., 2017; LEAL et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2018; FERNANDES et al., 2021). Resultados análogos foram encontrados em pesquisa realizada no Reino Unido, os dados expressaram a dificuldade de acesso aos serviços de saúde por mulheres e crianças de diferentes grupos étnicos, ilustrando assim, as diferenças encontradas nos níveis de ocorrência de partos prematuros devido à ausência de prevenção para riscos evitáveis a partir de assistência integral (NASCIMENTO et al., 2022).

Um outro fator de risco relevante na ocorrência da prematuridade é a condição social materna desfavorável, este fator está diretamente relacionado ao retardo do crescimento intrauterino do bebê (DANTAS et al., 2018; LOPES; MENDES, 2013). Devido a menor permanência intrauterina o prematuro quase sempre nasce com baixo peso (peso ao nascer inferior a 2.500 gramas), este é um dos fatores mais importantes na determinação da mortalidade neonatal na prematuridade (BRASIL, 2016). Outras possíveis complicações clínicas no período neonatal (primeiros 27 dias pós-parto) e de patologias relacionadas ao baixo peso poderão acompanhar o RNPT durante toda a vida (BRASIL, 2015; PINHEIRO et al., 2016). É importante considerar os determinantes sociais como fator que interfere na ocorrência

da prematuridade, conseqüentemente, no maior risco de óbito neonatal (MARTINS et al., 2022).

Estudos demonstraram que o baixo nível de escolaridade materna não é um fator de risco para a prematuridade, mas está associada a um maior risco de mortalidade neonatal (CASCAES, et al., 2008; RAMOS, CUMAN, et al., 2009; ALMEIDA, 2012; GUIMARÃES et al., 2017; MARTINS et al., 2022). Um estudo realizado em Bruxelas sobre a análise da relação entre os cuidados pré-natais e o risco de parto prematuro também identificou que a escolaridade materna não interferiu na prematuridade. Porém, o mesmo ressaltou que a baixa escolaridade da mãe predispõe situações de risco materno e infantil, como a dificuldade de acesso às informações e as medidas de prevenção e promoção da saúde (BEECKMAN et al., 2013). Limitações intelectuais dificultam que a gestante ou puérpera se aproprie do seu direito ao exercício da cidadania, interferindo assim na sua capacidade de autocuidado e de busca de assistência.

A avaliação desses fatores de risco para um parto prematuro fornece aos serviços de saúde informações importantes para o monitoramento e avaliação em saúde materno-infantil nos serviços locais, que poderiam ser fornecidas pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Esta é uma das iniciativas mais exitosas entre as bases de dados nacionais, porém, deve-se considerar a permanência de incompletude para alguns campos da Declaração de Nascido Vivo, uma das variáveis que alimenta o SINASC, tendo uma subutilização dos dados e a divulgação precária das informações (GUIMARÃES et al., 2017).

Os nascimentos prematuros exigem uma demanda adicional sobre os serviços de saúde, devido a sua maior complexidade na assistência com equipe multiprofissional que na maioria das vezes inicia-se pelos cuidados em unidades de tratamento intensivo seguidos de cuidados ao longo da primeira infância, podendo ter repercussões na saúde a longo prazo (HENRIQUES et al., 2019). Esses cuidados neonatais juntos com a assistência pré-natal desempenham importante papel na mortalidade neonatal, esta se tornou o componente principal dos óbitos de menores de um ano, e a prematuridade é um dos principais fatores de óbitos entre os neonatos (MOURA et al., 2020). No Brasil, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes até um ano de vida (BRASIL, 2014).

As taxas de prematuridade influenciam significativamente nas taxas de mortalidade infantil. No mundo, anualmente, 2,5 milhões de recém-nascidos morrem durante os primeiros 28 dias de vida, destaca-se que dois terços desta ocorrência se deram em virtude da prematuridade (WHO, 2019). A maior fração dos óbitos com recém-nascidos (RN) ocorre nos primeiros dias de vida do bebê, e por causas consideradas evitáveis, como: asfixia ao nascer,

infecção e complicações relacionadas à prematuridade (BRASIL, 2014). Resultados obtidos com base de dados hospitalares em inquérito nacional sobre parto e nascimento, realizado em 191 municípios com 23.894 mulheres entrevistadas, demonstrou que a prematuridade é responsável por cerca de um terço dos casos de óbitos neonatais, seguidos apenas pelas malformações congênitas e infecções (BITTENCOURT et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2019).

Nas últimas décadas o Brasil tem apresentado uma diminuição significativa na mortalidade infantil, porém, foi acompanhada de uma lenta redução da mortalidade neonatal e um aumento dos nascimentos prematuros (TEIXEIRA et al., 2019). Devido a relevância desses fatores a assistência perinatal tem sido o principal foco do Ministério da Saúde, já que no componente neonatal está o maior desafio para a redução da mortalidade infantil nas distintas regiões brasileiras (BRASIL, 2011). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 15 milhões de bebês prematuros nascem todo ano, ou seja, um em cada dez bebês nascem pré-termo (WHO, 2019). Em 2018 nasceram três milhões de bebês no Brasil, dos quais 11 % nasceram com menos de 37 semanas, desses 323.676 prematuros, um total de 17.382 bebês prematuros (5%) morreram no período neonatal nesse ano, sendo a grande maioria nos primeiros dias de vida (BRASIL, 2020a).

No Brasil, observa-se uma tendência no aumento da prematuridade ao longo dos anos, a prevalência de partos prematuros passou de 11,2% em 2000 para 11,8% em 2011 (UNICEF, 2013). Há uma década o Brasil está entre os dez países com maiores taxas de partos prematuros (BLENCOWE, et al., 2012; MACHADO, MARMITT, CESAR, 2016). Entre os anos de 1990 a 2010 os dados sobre os partos prematuros são escassos e não há uma estimativa para o país como um todo (KRAMER, ; MACHADO, MARMITT, CESAR, 2016). Atualmente o Brasil ocupa a décima posição mundial na ocorrência de prematuridade (OLIVEIRA et al., 2019, BRASIL, 2020a) e junto com a Índia, China e Estados Unidos constituem um grupo de países com maior número de nascimentos prematuros, sendo significativo em todas as faixas de renda (WHO, 2019). No Brasil hoje a taxa de partos prematuros é de aproximadamente 12%, a estimativa é que dos três milhões de nascidos vivos ao ano, 360 mil bebês nascem prematuramente, cerca de mil bebês por dia, ou seja, seis RNPT nascem a cada dez minutos (BARROS et al., 2018; CHAWANPAIBOON et al., 2019; LEAL et al., 2016; WHO, 2019).

A pressuposição subjacente à combinação de dados de estudos de diversas regiões brasileiras sobre as taxas de ocorrência de partos prematuros entre as diferentes regiões brasileiras, se mantêm relativamente constantes e sem diferença significativa entre as regiões na última década. Incluindo as regiões Norte e Nordeste que sempre apresentaram os piores

indicadores de saúde de mães e crianças, os resultados desses estudos parecem ser homogêneos e não evidenciam diferenças significativas entre as regiões (SILVEIRA et al., 2013).

A taxa de partos prematuros na Região Nordeste é de 11,1% (BRASIL, 2020b). Na Bahia, a prematuridade teve uma prevalência de 10,9% em 2000 para 11,4% em 2011 (SILVEIRA et al., 2013). Essa taxa de partos prematuros na Bahia nos últimos sete anos apresentaram uma discreta diminuição, de acordo com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) as taxas entre os anos de 2015 e 2018 de nascidos vivos segundo a duração da gestação, os percentuais eram de 10,4% e 10,3%, respectivamente (SESAB, 2019). Mas, ainda se mantém com taxas superiores às encontradas em países do Norte da África (8,9%) (CHAWANPAIBOON et al., 2019). Atualmente a taxa de partos prematuros na cidade de Salvador-Bahia é de 11,9% (SESAB, 2019). Quando se relaciona essa taxa com mães que não tiveram acesso a todas as consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde, a prevalência de prematuridade se eleva para 38,6% (BRASIL, 2014; LOPES; MENDES, 2013). Desde 2005 as principais causas de mortes neonatais em Salvador estão relacionadas à prematuridade e ao baixo peso ao nascer, e se destaca ainda mais por sua relação com a baixa qualidade da atenção dada às gestantes durante o pré-natal (GONÇALVES et al., 2015).

Observando a prevalência de prematuridade no estado da Bahia pode-se inferir que há uma necessidade de investigações que, por um lado, tenham como enfoque a assistência pré-natal, como também, que busquem entender aspectos relacionados com o cuidado ao RNPT, em todos os níveis assistenciais. Contudo, considerando a especialidade médica e a relação direta do autor deste trabalho com a Atenção Primária à Saúde (APS) o foco do estudo foi o cuidado ao RNPT no nível primário de assistência. As interações com a equipe e o interesse do pesquisador pelo RNPT conduziram à observação de práticas assistenciais, os fluxos de atendimentos destas crianças e a problematizar com a equipe sobre as lacunas assistenciais identificadas. Em decorrência da conciliação de entendimento da necessidade de olhares mais acurados ao cuidado ao RNPT pela equipe da USF, estabeleceu-se conjuntamente o desenvolvimento deste estudo.

Assim, diante desse contexto, identificou-se o interesse de toda a equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) - unidade essa onde funciona o ambulatório de pediatria do município -, no desenvolvimento deste projeto, cujo objeto é o cuidado prestado ao RNPT na APS, com vistas a qualificar a prática assistencial. Destaca-se, novamente, a relevância do tema, visto que melhor compreender as práticas de cuidado atuadas ao RNPT podem apontar para melhorias na qualidade da atenção à saúde prestada ao pré-termo, com consequências diretas

na qualidade de vida do bebê e da sua família, bem como na redução da mortalidade infantil para este grupo.

Logo, é importante reafirmar a necessidade de desenvolvimento de estudos que permitam não somente realizar diagnóstico, mas também, construir estratégias, junto com os trabalhadores da APS, que possam enfrentar a precariedade assistencial. Ratifica-se que a prematuridade é um problema de elevada magnitude, especialmente, no estado da Bahia que apresenta elevados índices de mortalidade, conforme descrito anteriormente. Sendo assim, este estudo lançou um olhar mais apurado para o cuidado ao RNPT egresso da unidade hospitalar. Este deve ser acolhido pela ESF, conforme preconiza a terceira etapa do Método Canguru (MC) e demais protocolos que orientam os serviços de atenção básica na assistência ao recém-nascido (RN) prematuro.

Presume-se que atuações efetivas por parte dos profissionais de saúde, por meio de uma APS acolhedora, resolutiva e que garanta a integralidade do cuidado pode repercutir na melhoria da qualidade da assistência prestada para este grupo e, conseqüentemente, com a redução da mortalidade neonatal. Assim foram formuladas as seguintes questões guia:

- Quais os fatores que interagem no cuidado ao recém-nascido prematuro em uma Equipe de Saúde da Família do município do recôncavo baiano?

- Como o compartilhamento de conhecimentos e desafios junto a eSF pode contribuir para produção de estratégias que qualificam a assistência ao recém-nascido prematuro?

Para atender as questões orientadoras propostas acima, a seguir serão apresentados os objetivos deste estudo.

Objetivo Investigativo:

Identificar os fatores que interferem no cuidado ao recém-nascido prematuro em uma unidade de saúde da família de um município do recôncavo baiano.

Objetivo Assistencial:

Construir de forma convergente estratégias voltadas a qualificação do cuidado ao recém-nascido prematuro junto aos trabalhadores de uma unidade de saúde da família.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura organiza-se a partir da descrição sobre as políticas e estratégias de assistência integral ao RNPT na ESF/APS, seguida de um cotejamento sobre os fatores que interferem na assistência ao RNPT na APS¹.

2.1 POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Considerando a relevância de saúde pública da prematuridade e suas repercussões na morbimortalidade, esforços globais e locais têm se dirigido ao controle da ocorrência. O Brasil firmou compromisso com a OMS de reduzir em dois terços o número de óbitos infantis até o ano de 2015 (BRASIL, 2014). Assim, desde a década de 90 a assistência a gestantes e aos recém-nascidos tem se destacado nas políticas, pactos e programas governamentais no Brasil, através de ações direcionadas para a promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento, e a assistência ao neonato. Essas políticas estavam amparadas pelos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e reforçado naquele mesmo ano pela promulgação da Lei 8.069, que estabeleceu o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2010a; LOPES et al., 2017; PINHEIRO et al., 2016).

Em 2019 a OMS destacou em seu relatório “Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn” que a probabilidade de uma criança prematura sobreviver, crescer e se desenvolver plenamente depende, dentre outros fatores, do acesso oportuno aos atendimentos de saúde no nascimento e ao longo do seu crescimento e desenvolvimento (REICHERT et al., 2022).

A partir do ano 2000, foi implementada no Brasil uma estratégia para redução da mortalidade infantil, o Método Canguru, integrada à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Esta tinha como base a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso e foi incorporada ao Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Rede Cegonha (BRASIL, 2015). O PNAISC foi instituído pela Portaria

¹ Este cotejamento da literatura foi originado de uma revisão integrativa realizada pelo autor, com objetivo de identificar os fatores que interferem no cuidado ao recém-nascido prematuro no âmbito da Atenção Básica. Foi selecionado intencionalmente o intervalo temporal de sete anos (2015 a 2022), esse período de recorte teve o propósito de conhecer a realidade mais contemporânea sobre o tema. Empregou-se as bases de dados da Biblioteca Nacional em Saúde e Scielo, utilizando-se os Descritores em Saúde: Recém-nascido prematuro, Atenção Básica à Saúde e Estratégia de Saúde da Família; também se utilizou o descritor Pré-termo, por sua referência nas publicações do Ministério da Saúde para maior alcance de artigos.

GM/MS n.º 1.130, de 5 de agosto de 2015, após um longo trabalho coletivo, de debate técnico e articulação política interfederativa com participação de instituições da sociedade civil, seus objetivos são:

Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018, p. 9).

Suas ações se organizam a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), integrando as políticas de atenção à saúde da criança, em especial à Rede de Atenção à Saúde Materna e o Método Canguru (MC), este promoveu um conjunto de práticas de atenção neonatal humanizadas que evidenciou uma série de benefícios, entre os quais a promoção de melhores taxas de aleitamento materno e o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê (BRASIL, 2018).

O MC é desenvolvido em três etapas: i) a primeira começa na identificação do risco gestacional, passando pelo parto e segue até a internação do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); ii) a segunda inicia quando a mãe acompanha o RN por tempo integral na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa); e, iii) a terceira etapa inicia após a alta hospitalar e com a continuidade dos cuidados em domicílio e na Unidade Básica de Saúde (UBS), podendo manter o vínculo com o hospital de origem, se necessário (BRASIL, 2015, 2017a; SILVA et al., 2020a).

O Método Canguru compreende manter a criança em contato pele a pele, na posição vertical, unido ao peito da genitora ou do genitor. Seus pilares são: acolhimento ao bebê e à sua família, respeito às individualidades do recém-nascido e de seus pais, promoção do contato pele a pele precoce e envolvimento da mãe e do pai nos cuidados com o bebê (BRASIL, 2016). O sucesso desse tratamento está na construção de vínculos, estimulação do aleitamento materno e do cuidado humanizado, o ganho de peso adequado; uma melhor resposta fisiológica, psicoafetiva e neurocomportamental; o desenvolvimento motor e cognitivo; a redução dos níveis de infecção e de reinternações; redução dos níveis de cortisol, da morbimortalidade infantil e de custos para a saúde pública (REICHERT et al., 2021).

Nessa perspectiva, o MC contempla um conjunto de cuidados humanizados perinatal ao RN prematuro ou de baixo peso, tentando diminuir os efeitos deletérios dessa condição de nascimento. Essa é uma política pública que, além de promover uma melhoria na qualidade de vida desses neonatos, promove uma mudança de paradigmas no cuidado oferecidos a esses bebês (STELMAK; FREIRE, 2017).

No Brasil a ESF, principal porta de entrada no SUS, sistematizou e aperfeiçoou a APS, na qual traz a atenção à saúde da criança como uma das prioridades dentro dos cuidados executados na sua assistência (OLIVEIRA; MOREIRA; LUIZ, 2019). Na terceira etapa do MC, os profissionais da APS têm o papel de assegurar a continuidade do cuidado ao RNPT, por meio do apoio e acompanhamento familiar, e da localização e captação das famílias (BRASIL, 2016).

A equipe da Atenção Básica deverá conhecer o Método Canguru, as características dos RNPT e de sua família, assim como orientar os cuidados diários, mesmo que o bebê esteja em seguimento pelo hospital e/ou por serviço especializado. A criança é a mesma e todos devem participar, cada um a seu modo, do acompanhamento. (BRASIL, 2015, p. 45).

A ESF deve estabelecer uma linha de cuidado que promova a continuidade da atenção prestada ao prematuro, considerando o compartilhamento de saberes e a articulação com a assistência especializada (SILVA et al., 2020a). E nessa perspectiva do cuidado ao pré-termo de forma compartilhada que o Ministério da Saúde orienta em sua publicação: Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica:

Os diferentes profissionais das equipes da Atenção Básica possuem um papel fundamental no acompanhamento das crianças, principalmente nas nascidas pré-termo e/ou de baixo peso. Conhecem a dinâmica familiar e social e podem interferir positivamente para a redução da morbimortalidade infantil após a alta hospitalar. São parceiros das famílias e das equipes especializadas no cuidado e na atenção às crianças. (BRASIL, 2016, p. 32).

A limitação ou o desconhecimento dos profissionais das APS e das mães acerca do MC e seu seguimento na terceira etapa, e a centralização do atendimento do RNPT no nível terciário, dificulta a efetivação do método no domicílio (REICHERT et al., 2021). Um estudo recente realizado por Silva et al., (2022b) em que mães de RNPT foram questionadas sobre a avaliação do cuidado que foi recebido pela ESF após a alta da maternidade, a maioria (90%) considerou ser ruim, dado semelhante foi encontrado em estudo desenvolvido na cidade de Salvador, que mostrou que os próprios profissionais da atenção primária demonstram pouca credibilidade e que sua atuação não alcança a integralidade que é preconizada pelo SUS (SILVA et al., 2022).

Para Stelmak e Freire (2017) é essencial que os profissionais de saúde reconheçam as vulnerabilidades dos RNPT, um desafio que demanda atenção às necessidades e especificidades para a assistência desses bebês. A prematuridade devido a sua imaturidade fisiológica aumenta a possibilidade da ocorrência de problemas cognitivos, motores, de linguagem, de aprendizagem e de comportamento na criança (BRASIL, 2015; 2016). A preocupação com o desenvolvimento do RNPT deve estar presente em todas as consultas de rotina da eSF, permitindo encaminhamentos dentro de fluxo previamente estabelecido e reconhecido por

todos da equipe, para avaliação e intervenções o mais precocemente (SILVA et al. 2020a). É importante que a equipe mantenha suas observações contínuas durante os atendimentos e converse com a família da importância desse atendimento para o momento atual e futuro desse bebê.

Nesse contexto, os profissionais de saúde que atuam na ESF devem desenvolver um papel primordial que é o acolhimento da família ou genitora(o), que acessa o serviço de saúde a fim de proteger seu lactente. Esse acolhimento gera segurança no cuidar e facilita a família ou genitora(o) a compreender o prognóstico e o desenvolvimento desse prematuro e de suas necessidades especiais de saúde (BRASIL, 2015). O desenvolvimento do vínculo entre a equipe de saúde e a família, reflete na melhoria da prática de amamentação e melhor resultado no desenvolvimento cognitivo do RNPT (SILVA et al., 2022).

Os profissionais de saúde precisam compreender as necessidades apresentadas pelos familiares e o pelo RNPT, para que possam planejar e promover uma assistência eficaz, observando a singularidade de cada caso, envolvendo aspectos biológicos, sociais e espirituais (OLIVEIRA et al., 2018). O impacto emocional oriundo do parto prematuro leva essas mães a sentirem ansiedade, sensação de perda de controle, medo de complicações fatais a seus filhos, distanciamento da realidade, onde tudo girava em torno do RNPT (MARTINS et al., 2022). Ter um filho prematuro é uma experiência desafiadora que altera a dinâmica familiar e pode gerar uma interrupção na regularidade da vida da família, constituindo em um momento repleto de dificuldades, frustrações e medos que exigem uma série de tomadas de decisão que, normalmente, a família não tem amadurecimento suficiente para enfrentar esta problemática (OLIVEIRA et al., 2018). Em estudo recente as autoras Martins et al., (2022) constataram que mães de bebês prematuros apresentaram sentimentos de incompetência no cuidado do bebê. Compreender as experiências das famílias na vivência com a prematuridade pode contribuir com os profissionais de saúde e instituições na reorientação de suas práticas, visando uma assistência com integralidade, de acolhimento, de responsabilização e respeito pela vida.

2.2 FATORES QUE INTERFEREM NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Considerando a literatura consultada sobre os fatores que interferem no cuidado ao RNPT na APS, pode-se reconhecer em diversos estudos que a integralidade foi aquela que mais se destacou como desafio à consecução da assistência ao RNPT (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; CALVO et al., 2016; FERREIRA et al., 2019; GLERIANO et al., 2019; FAVARO et al. 2020;

NASCIMENTO et al., 2022). Também, verificou-se a escassez de estratégias e a fragmentação do cuidado ao RNPT no seguimento ambulatorial, principalmente aquelas implementadas em parceria com as famílias (AIRES et al. 2017; CASTRO; DUARTE; DINIZ, 2017; SOLANO et al. 2019; JANTSCH et al. 2021; REICHERT et al. 2021; SILVA et al., 2022; SILVA; MELLO, 2022). Acrescenta-se a falta de ações de vigilância do desenvolvimento infantil, que valorizam o acompanhamento de determinantes ambientais, especialmente relacionados à estrutura familiar, foram fatores que interferiram na segmentação da assistência (PAULA et al., 2019).

Os estudos também apontaram as demandas formativas como um dos fatores que interagiram no cuidado ao RNPT na APS (AIRES et al. 2015; SOLANO et al. 2019; SILVA et al. (2020a). A qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, deve ter a finalidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho com base nas necessidades e dificuldades do sistema (FERREIRA et al., 2019).

Por sua vez, o estudo de Solano et al., (2019) apontou que a abordagem fragmentada, a atuação isolada dos profissionais e a responsabilidade sanitária centrada no enfermeiro da equipe foram fatores que impediam a integralidade do cuidado ao RNPT. Para Reichert et al. (2021) a atuação do enfermeiro deve ser pautada nas necessidades do paciente e em articulação com os serviços em vários níveis de atenção, deve atuar com uma equipe multiprofissional para assegurar a continuidade da assistência aos RNPT na APS. Gaiva et al., (2021), complementam que o enfermeiro é um profissional indispensável em todas as etapas do MC, incluindo a terceira etapa junto a ESF, e afirmam que a assistência em saúde qualificada é oferecida por uma equipe multiprofissional que deve desenvolver os cuidados conforme as singularidades, demandas e necessidades do RNPT e de sua família.

A atenção integral se efetivar a partir do cuidado em uma equipe multiprofissional que atue com corresponsabilidade, respeitando as particularidades e especificidades das atividades que potencializam o trabalho somadas às múltiplas visões sobre o contexto real do sujeito e a sua participação e compreensão na decisão terapêutica (GLERIANO et al., 2019). Solano et al., (2019) reitera que a falta de interação entre os profissionais limita o cuidado ofertado e prejudica ações intersetoriais no território. O MC surgiu como uma política pública nacional que traz como proposta a interdisciplinaridade para melhor atender o prematuro e sua família (KLOSSOSWSKI et al., 2016). Para Andrade et al., (2018), é fundamental que se priorize uma abordagem interdisciplinar entre os membros das equipes multidisciplinares no âmbito da atenção básica, e a gestão deve contribuir para a construção de espaço que possibilitem o desempenho efetivo da atividade de cuidado integral.

Outro fator identificado na literatura (SILVA et al.; 2020a) relaciona-se à dificuldade em reconhecer a criança de risco como responsabilidade da APS, traduzidas na insuficiência da atenção compartilhada no cotidiano da APS, restringindo-se com os cuidados relativos ao acompanhamento de peso e estatura, vacinação, orientação alimentar e cuidados com a higiene. Para Silva et al., (2022) a não percepção de risco dos bebês que nasceram pré-termo ou de baixo peso contribuiu para que os profissionais da APS não reconheçam a importância dos seus cuidados. A precariedade nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e nos mecanismos de seguimento das crianças prematuras e egressas de unidades neonatais estão também relacionadas à ausência de visita domiciliar (SILVA et al. 2020b).

Sobre a importância da visita domiciliar Reichert et al. (2021) explica:

As visitas domiciliares pela equipe da atenção primária, configuram uma ferramenta importante para conhecimento, orientação e ensinamentos, sobretudo para uma mãe de criança prematura. [...] além disso pode contribuir para a adaptação familiar ao bebê prematuro, sendo fonte de apoio para o desenvolvimento de cuidado ao recém-nascido e reduzindo ocorrências de reinternações. (REICHERT et al., 2021, p.6).

Para Santos (2014), o processo de comunicação e o acompanhamento que é desenvolvido durante a visita domiciliar na ESF, devido seu potencial de escuta ativa, assume um papel fundamental na transição do cuidar após a alta hospitalar

Solano et al. (2019), apontaram falhas nessa comunicação entre os diferentes níveis de atendimento, repercutindo na coordenação do cuidado. Silva et al., (2020a) observaram igualmente que havia essa fragilidade na comunicação formal para efetivação do processo de referência e contrarreferência do seguimento do prematuro. Essa falta de articulação e comunicação entre APS e os demais pontos da rede ocorreu não apenas por ausência de conexão entre os serviços, mas pelos próprios profissionais de saúde que apresentaram dificuldades em reconhecer o RNPT como responsabilidade de toda a rede de serviços de saúde (PAULA et al., 2019).

O estudo de Oliveira e Pereira (2013) corroborou com estes resultados, desde que identificou a comunicação e a articulação das ações de promoção, proteção e prevenção, e abordagem integral do indivíduo e das famílias como essenciais para a integralidade do cuidado ao RNPT. Estas autoras pontuaram que para ocorrer uma atenção integral é necessário atender as demandas do indivíduo em todos os níveis de assistência, e que o acesso a estes distintos níveis seja harmonioso e ágil. Para Silva et al., (2022), essa articulação intra e inter serviços de diferentes níveis de assistência é parte da concretização do princípio da integralidade, um dos pilares do SUS.

A comunicação efetiva entre a atenção hospitalar e a APS reduziria a fragmentação do cuidado e a transferência de responsabilidades dos profissionais da APS para as mães, trazendo benefícios tanto para as mães, que terão mais segurança, quanto para os profissionais de saúde, que terão domínio sobre os acontecimentos acerca da saúde do bebê nos níveis de atenção utilizados (REICHERT et al., 2021). As autoras Silva e Mello (2022), reconhecem a necessidade de capacitação e educação permanente dos profissionais para se melhorar essa lacuna na comunicação

Essa falha na interlocução entre o hospital e a UBS, dificulta a continuidade do MC na atenção primária, as lacunas na coordenação do cuidado se contrapõem ao que é preconizado na terceira etapa do MC, na medida em que há a necessidade de pactuações entre os diversos níveis de atenção à saúde para a efetivação do método e qualidade da assistência ao RNPT. Essa comunicação deve começar ainda durante o internamento do RNPT, conforme a proposta do Método Canguru, o primeiro contato entre o RNPT e sua família com a equipe da APS deve ser realizado ainda durante a estadia no hospital, próxima a alta hospitalar (AIRES et al., 2015; BRASIL, 2014; BRASIL, 2015). Para Aires et al., (2017), algumas eSF não realizavam a visita hospitalar por não serem informadas em tempo hábil, recebendo a notificação somente após a alta do bebê, quando já estão em casa ou posteriormente acessam a unidade para vacinação.

Essa escassez na comunicação entre os diferentes níveis de atenção tem um fator importante que é a fragilidade nos registros e sua má qualidade, os quais, em sua maioria, apresentava preenchimento incompleto, insuficiente, pouco específico e tecnocrata (AIRES et al., 2017). As autoras destacam que essa carência é mais presente ainda entre os prematuros egressos de hospitais ou de consultórios particulares, para os quais não vislumbram uma proposta de continuidade do cuidado, e sim uma relação das famílias com a UBS apenas para a realização de vacinas e teste do pezinho. Para Silva e Mello (2022) a utilização do prontuário eletrônico pode melhorar o compartilhamento dessas informações, visto que oportuniza o acesso aos dados de evolução na gestação, nascimento, hospitalização e complicações, procedimentos e exames realizados, evitando a repetição e/ou falta de intervenções pertinentes.

A longitudinalidade foi outro atributo frágil identificado na literatura consultada. Identificou-se que a descontinuidade no atendimento do crescimento e desenvolvimento dos RN em serviços da atenção primária foi um dos fatores diretamente ligado a má qualidade da assistência ao RNPT (SILVA et al., 2020b). Somando-se a um modelo assistencial com atendimento segmentado, episódico e curativo, ainda vigente na APS (AIRES et al., 2017). Solano et al., (2019) corroboraram que a fragmentação dessa assistência decorreu de um cuidado ainda centrado nas doenças e com protocolos de seguimento não adaptados ao RNPT.

É fundamental a utilização de protocolos, ferramentas de triagens e gráficos ponderais específicos ao bebê prematuro para o seguimento do RNPT pela ESF, tendo em vista que gráficos convencionais podem equivocar as interpretações e gerar intervenções inadequadas ou postergar ações oportunas (SILVA; MELLO, 2022). Para Silva et al., (2022), o papel das equipes da ESF no cuidado ao RNPT ainda precisa ser mais bem conhecido, implementado e divulgado.

Ressalta-se que Aires et al., (2015), identificaram um aspecto favorável na assistência do RNPT na ESF. Estas autoras registraram uma preocupação da equipe quanto a realização do acolhimento da família, visando manter o vínculo e garantir o acompanhamento da criança, com o agendamento facilitado das consultas. Entretanto, apontam alguns obstáculos enfrentados por essas famílias de RNPT, como: a distância entre a residência e o serviço de saúde, o fato de ter outros filhos, a falta de tempo disponível e limitações financeiras da família; mostraram-se como aspectos dificultadores para que os pais levem o bebê para ser acompanhado nos dois níveis de atenção (ambulatório de prematuridade da maternidade e na UBS).

Para Jantsch et al.(2021), o acolhimento na APS para o RNPT e sua família, apesar da APS trazer uma vivência do cotidiano materno relacionado com o contexto socioeconômico e cultural, o primeiro acesso dos prematuros aos serviços de saúde na APS é frágil/inexistente. Para os autores a APS é percebida pelos pais “apenas” como uma possibilidade de acompanhamento da puericultura, referência para vacinação e transferência para serviços de atenção secundária devido a sua fragilidade no acolhimento às demandas do RNPT.

É através do acolhimento que os profissionais de saúde têm a perspectiva da integralidade no cuidado, através da identificação das singularidades e do reconhecimento da diversidade cultural de cada família assistida (NASCIMENTO et al., 2022). Para Martins et al., (2022), o processo continuado de acompanhamento, acolhimento e orientação às mães, a partir da compreensão das demandas das genitoras, podem contribuir também para a qualificação dos profissionais de saúde que atuam na assistência ao RNPT.

Solano et al. (2019) e Silva et al. (2020a), elencaram, também, fatores relacionados com os profissionais de saúde, tais como: a falta de capacitação profissional das equipes da APS e a fragilidade dos vínculos trabalhistas que se constitui como uma ameaça a longitudinalidade do cuidado. Visto que, são fatores que provocam rotatividade e carência de profissionais na atenção primária, principalmente médicos e especialistas. Nesta mesma perspectiva, estudos desenvolvidos por Silva et al. (2020b) e Aires et al. (2015) destacaram a escassez de especialistas e a grande demanda para esse tipo de atendimento como fatores que

interferem na assistência ao RNPT. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) são atribuições comuns a todos os membros da equipe da atenção básica, a garantia de atenção à saúde da população adscrita e o atendimento à demanda espontânea, mesmo em casos que necessitam de encaminhamento a especialistas o acompanhamento do plano terapêutico prescrito constitui responsabilidade da equipe da atenção básica (FAVARO et al., 2020).

Ainda considerando os fatores que indicam lacunas na coordenação do cuidado ao RNPT na APS, destaca-se a ocorrência, entre os profissionais da UBS, de uma preocupação burocrática com o número de consultas e com o seguimento de normas prescritas pelos manuais do Ministério da Saúde, sem considerar as particularidades e necessidades de cada RNPT e capacidade de atendimento do serviço (AIRES et al., 2015). Para Solano et al., (2019) essa problemática influencia na persistente cultura do encaminhamento do RNPT para o especialista. Para Aires et al., (2015) o enfermeiro tem perdido espaço das consultas de puericultura por conta das demandas burocráticas da unidade. As autoras também referiram a falta de compreensão, por parte de alguns profissionais, sobre as políticas ou propostas de mudança de paradigmas para o atendimento ao neonato, revelando fatores que desqualificam a assistência na APS e promovem situações que levam ao desmonte e falta de equipes da ESF.

Aires et al., (2017) e Silva et al., (2020a) também associam a sobrecarga de trabalho como fator prejudicial para uma assistência qualificada. Para Favaro et al., (2020) a sobrecarga de trabalho pode ser amenizada através do reconhecimento por parte dos profissionais de saúde que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar melhora os relacionamentos entre os integrantes da equipe de saúde e resulta numa melhor troca de experiências e conhecimentos, estimulando mudanças em direção à integralidade no processo do cuidado.

Um outro obstáculo para a assistência do RNPT na APS é a escassez de recursos financeiros e dos repasses em tempo hábil frente às grandes demandas dos serviços (SOLANO et al., 2019). Os autores ainda referem que essa carência de repasses financeiros reflete na falta de materiais e insumos essenciais na APS, sendo esse, um elemento desmotivador para os profissionais.

Outro fator identificado no estudo realizado por Paula et al., (2019) foi a limitação da rede de proteção social às necessidades básicas do RNPT e de sua família, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social. Por sua vez, Solano et al., (2019) e Aires et al., (2015) pontuaram as limitações práticas do atual repertório das equipes da APS, a insegurança de profissionais para identificar as necessidades dos RNPT e a dificuldade em construir uma linha de cuidado. Após a alta hospitalar é importante uma rede de apoio atentando não apenas para os cuidados ao prematuro, mas incluindo os cuidados puerperais, abrangendo os cuidados

com o RN, o autocuidado em relação à puérpera e os desafios a serem enfrentados. Nesse momento a RAS tem não só o papel de suporte profissional, mas de apoio à transformação desse momento em uma experiência prazerosa para mãe, filho e família (PILGER et al., 2022). Para Jantsch et al., (2021), os RNPT que acessam esses serviços de forma efetiva, após alta hospitalar, desenvolveram uma atenção programática que permite a construção de uma RAS coordenada pela APS. O modelo de atenção à saúde, além de suas distintas concepções, é aqui assumido como um sistema lógico que organiza o funcionamento dos serviços, incluindo sua organização por meio de RAS.

O acolhimento e acompanhamento do RNPT pela APS e com apoio da RAS passou por profundas alterações nos últimos dois anos (2020-2022), devido à pandemia do COVID-19. Essas dificuldades no cuidado aos lactentes prematuros perpassam por sobrecarga profissional, redução do quantitativo de pessoal devido a afastamento por adoecimento ou por serem considerados grupos de risco, adoecimento de cuidadoras/cuidadores e/ou familiares pelo coronavírus, medo materno de expor a criança à doença dentro da unidade, diminuição das condições socioeconômicas das famílias e a interrupção de cuidados básicos, a exemplo da vacinação (REICHERT et al., 2022). Diante de qualquer cenário de diminuição da procura por vacinas, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a OMS e as Sociedades Brasileiras de Pediatria e de Imunização recomendam a reorganização dos serviços para continuarem com o funcionamento das salas de vacinas devendo priorizar os menores de cinco anos, respeitando as recomendações de proteção contra o coronavírus. (SPARLING; MEUNIER, 2019; RANGANATHAN; KHAN, 2020).

Um estudo realizado no cenário pandêmico na maternidade de referência do Piauí, investigou o impacto da pandemia na prevalência de partos prematuros, e evidenciou um aumento no índice de partos prematuros acima do esperado. Posto que alterações fisiológicas da gestação predispõe a um risco aumentado de complicações e piores condições clínicas materno-fetais em gestantes infectadas pelo vírus SARS-CoV-2 e podendo levar a um parto prematuro. As autoras ressaltaram que é impossível supor causa única como provocador de um parto prematuro, mas sim múltiplas causas (MOURA et al., 2022).

Deste modo, esses resultados apontaram para uma incipiente instituição da terceira etapa do Método Canguru e revelaram também fatores que interagiram no cuidado ao RNPT na APS, como: a escassez de estratégias do cuidado ao pré-termo no seguimento ambulatorial, a atuação isolada dos profissionais, dificuldades na comunicação intersetorial, imprecisão de registros da assistência oferecida ao prematuro, um atendimento segmentado e curativo, falta de capacitação profissional, fragilidade dos vínculos trabalhistas, demandas burocráticas,

insuficiência de recursos financeiros e insumos, limitações da RAS. Diante desses fatores, e em um contexto de aumento das demandas de serviços em saúde, este estudo buscou estratégias para aprimorar o cuidado ao recém-nascido prematuro na ESF.

3 METODOLOGIA: FASE DE INSTRUMENTAÇÃO DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Para alcançar os objetivos pretendidos neste estudo foi adotada a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A escolha desta metodologia se deu pelo interesse do pesquisador em construir estratégias que resultassem em qualificação da assistência ao RNPT em diálogo com a equipe da Unidade de Saúde da Família, conformando uma construção compartilhada e dialógica entre os participantes da pesquisa, e não de maneira intervencionista. Desse modo, percebeu-se a convergência desse propósito com o método da PCA, o qual pressupõe o diálogo constante entre os participantes e mudanças na prática assistencial, através de momentos de aproximação, afastamento e convergência entre as ações de práticas assistenciais e as de pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O método PCA é composto de quatro fases: Concepção, Instrumentação, Perscrutação e Análise. A fase de Concepção é definida como o momento de identificação da questão guia, que é precedida pela escolha do tema de pesquisa a partir da vivência do pesquisador, delimitando o objeto de pesquisa. Ainda neste momento deve-se definir os objetivos e realizar uma criteriosa revisão de literatura; a fase de Instrumentação refere-se ao processo de elaboração dos procedimentos metodológicos, das técnicas de produção e obtenção de dados, bem como a escolha do campo e dos participantes do estudo; na fase de Perscrutação ocorre a obtenção e registro de dados para a construção das atividades do estudo, favorecendo o aperfeiçoamento do cuidado. A fase de análise inicia-se com a produção de dados e corresponde à organização das informações, a leitura detalhada dos dados e definição de categorias. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

3.1 CONCEPÇÃO

A fase de concepção iniciou-se a partir das vivências do pesquisador como Pediatra de referência para estratégia de saúde da família em um município do interior da Bahia. O tema emergiu da prática profissional do pesquisador e sua busca para aperfeiçoar a assistência ao recém-nascido prematuro. Como pesquisador e médico pediatra atuante há cinco anos junto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município do Recôncavo da Bahia, percebeu-se a assistência das Equipes de Saúde da Família (eSF) fatores que interagem no cuidado ao recém-nascido prematuro, como: condutas e prescrições que não atendem às demandas desse bebês, o não reconhecimento ou dificuldade na implementação dos protocolos orientados pelo

Ministério da Saúde para assistência ao prematuro na ESF, encaminhamentos desnecessários para especialistas e limitações no acolhimento dos pais e do seu bebê.

Também, no cotidiano profissional do autor deste estudo com muita frequência observou-se anotações incompletas em prontuários, sem informações como: condições de nascimento, procedimentos realizados e evolução do RNPT durante a estadia no hospital. Eram recorrentes situações nas quais as famílias não foram instruídas a levarem esses registros para o primeiro momento de assistência na APS. Estas situações dificultam o primeiro contato e o fortalecimento de vínculos com o serviço.

Por outro lado, durante os encontros periódicos ocorridos entre as eSF com a participação do serviço de ambulatório de pediatria, observei nos relatos informais das equipes suas percepções sobre as dificuldades no cuidado ofertado aos recém-nascidos prematuros, como: pouco conhecimento sobre a prematuridade, omissão do tema nos processos formativos, insegurança em lidar com a complexidade de um bebê prematuro e da sua família, bem como as demandas expressas pela/pelo cuidadora/cuidador. Escuto, também, indagações sobre quais inovações seriam necessárias para melhorar essa assistência.

Considerando a convergência de intencionalidades entre o pesquisador e a equipe assistencial, de acordo com a descrição acima, percebe-se que o objeto de estudo extrapola o interesse do pesquisador alinhando-se com a perspectiva metodológica adotada, qual seja: a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Após a definição de interesses convergentes ao desenvolvimento do estudo, o pesquisador empreendeu uma revisão da literatura sobre o objeto de estudo em tela, com intuito de compreender os fatores que interagem na assistência ao RNPT na APS. Os resultados da revisão se alinham com o propósito deste estudo, na medida em que demonstraram fragilidades e lacunas na terceira etapa do Método Canguru.

3.2 INSTRUMENTAÇÃO

O cenário deste estudo foi uma USF localizada na cidade do recôncavo baiano, que tem uma população estimada de 17.165 habitantes (IBGE, 2020). O município possui seis USF, seis eSF, doze postos satélites para atendimento da ESF na zona rural, um hospital municipal e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Sendo que duas USF estão localizadas na zona urbana e quatro na zona rural, cada eSF atende um dia da semana em um posto satélite na zona rural de sua abrangência.

A USF está situada no centro da cidade, sendo de fácil acesso aos usuários e abrange

onze microáreas. É responsável pelo atendimento de toda a população da sede do município e dois distritos da zona rural, sendo que a equipe se desloca um dia na semana para a unidade satélite.

O espaço físico da unidade é dividido em uma recepção, quatro consultórios, um consultório odontológico, uma sala de curativo, uma sala de vacina, uma sala de reunião, uma copa, dois banheiros (funcionários e usuários), uma sala de esterilização, uma sala de atividades dos ACS e uma sala de triagem. Nessa unidade também estão alocados alguns ambulatorios do município, como: pediatria, urologia, cardiologia, obstetrícia e fisioterapia.

Considerando os dados extraídos da Ficha A, no cadastro e-SUS da área de abrangência da USF, a unidade possui um quantitativo de 5.085 pessoas cadastradas. A população adscrita é 100% coberta por abastecimento de água através da rede pública, 76,8% faz uso de água filtrada, 69,3% tem coleta pública de lixo e 98,5% das habitações possuem energia elétrica.

A escolha dessa USF foi devido ao fato do pesquisador trabalhar há cinco anos no ambulatorio de pediatria do município que funciona nessa unidade e concentra a vacinação e o atendimento especializado dos RNPT do município. Respeitando, assim, o atributo da imersibilidade da PCA quando o pesquisador está inserido na prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Os participantes do estudo foram os trabalhadores e profissionais de saúde que compõem a eSF vinculados a uma USF do município do Recôncavo Baiano, formado por vinte e três trabalhadores da unidade. Do total de trabalhadores da USF, apenas uma ACS não participou em virtude de estar em licença maternidade no período que o estudo foi desenvolvido, sendo assim, o total de participantes foi vinte e duas pessoas. A equipe em tela não apresenta situação de rotatividade há aproximadamente seis anos, com exceção da enfermeira que tem três anos integrando a equipe e uma ACS há um ano. Assim, integraram o estudo: uma Médica, uma Odontóloga, uma Enfermeira, três Técnicas em Enfermagem, duas Recepcionistas, dois Agentes de Serviços Gerais, uma Atendente de Farmácia, uma Auxiliar de Saúde Bucal e dez Agentes Comunitário de Saúde (ACS). Portanto, trata-se de uma equipe com acúmulo de experiências que favorece o reconhecimento da realidade na qual atuam e, por conseguinte, a criação de estratégias culturalmente apropriadas para a qualificação do cuidado.

Simultaneamente também foi tomado nota no diário de campo as situações e falas que o pesquisador vivenciou na unidade durante o período da pesquisa, por sua posição de observador participante no campo de estudo. Entre as diversas formas de observação aplicadas nas pesquisas qualitativas optou-se pelo formato assistemático, ou seja, não estruturado e não

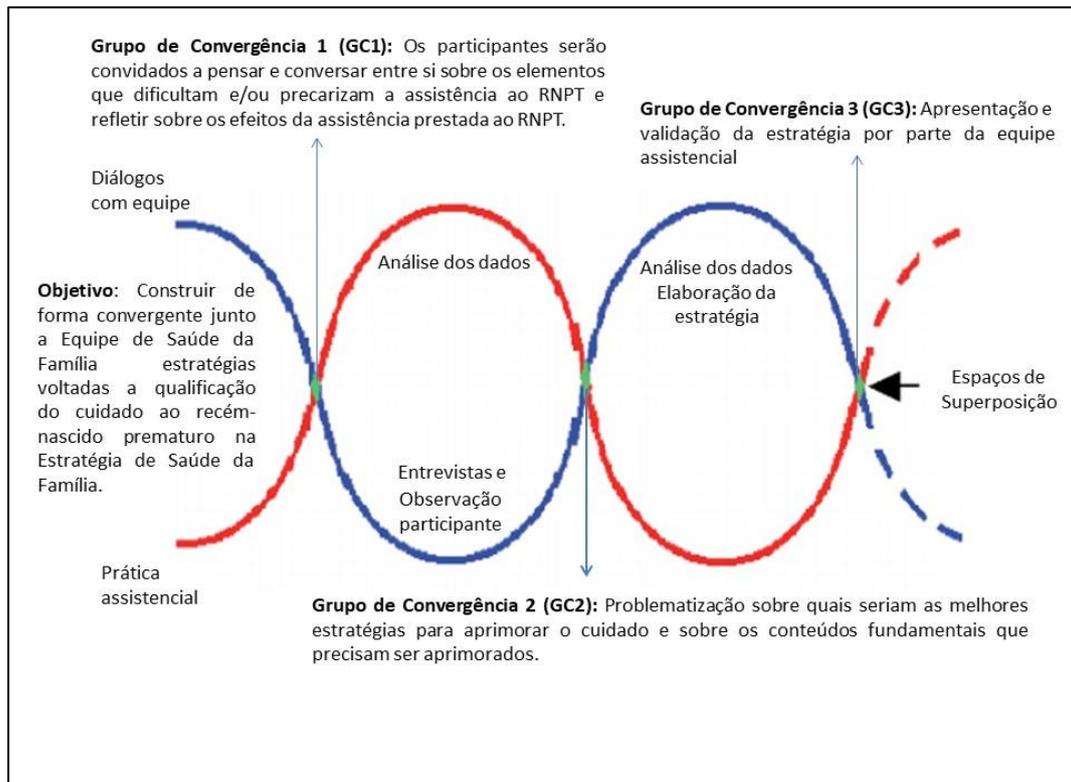
planejado. A técnica da observação assistemática participante está pautada no contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, e tem a finalidade de obter dados na ocorrência espontânea dos fatos; observações aleatórias, e sobre a realidade dos participantes em seu próprio contexto. (MARCONI; LAKATOS, 2003; MINAYO et al., 2002). Informações que favoreceram a compreensão dos fatores que interferem no cuidado ao RNPT relacionados à assistência prestada pela eSF na USF estudada.

Para a produção dos dados empregou-se a entrevista semiestruturada, em seguida a realização de grupos de convergência e observação assistemática participante durante todo o período da pesquisa. O método da PCA pressupõe a triangulação de técnicas de produção de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). E essas técnicas de obtenção de dados estão descritas na próxima fase da PCA, Perscrutação

3.3 PERSCRUTAÇÃO E ANÁLISE

Considerando o movimento de aproximação e distanciamento (Figura 1) que caracteriza da PCA optou-se por descrever de forma simultânea as fases de perscrutação e análise. Na perscrutação ocorreu a produção de dados que foi realizada em etapas de forma a possibilitar a convergência entre as atividades de pesquisa e assistência.

Figura 1: Movimento de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição.



Fonte: TRENTINI; PAIM; SILVA, (2017, p.5. Adaptado).

Na PCA a fase de análise ocorre concomitante com a produção de dados à medida que as análises destes funcionam como subsídios para planejamento de momentos subsequentes. O método de análise das informações possui quatro processos: i) apreensão das informações (o processo de assimilação dos dados pelo pesquisador); ii) síntese (sistematizar ideias e explorar significados e relações entre diversos conceitos, avaliar subjetividades, reuni elementos); iii) teorização (processo de desconstrução, construção e reconstrução de conceitos) e iv) transferência (o conhecimento teórico deve refletir em novas práticas que atinjam a qualidade da assistência) (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

No processo de análise foram feitas considerações à especificidade de cada trabalhador da equipe, entendendo as particularidades de atuação de cada profissional e funções diferentes no cuidado, mesmo sendo um cuidado compartilhado entre a equipe. Isso vai se diferenciar nas dificuldades enfrentadas por cada profissional no seu cuidado. Compreendendo isso, e para obter mais elementos que caracterize esse processo, as entrevistas foram analisadas por grupos de profissionais: profissionais de nível superior (Médica, Enfermeira e Odontóloga) e

trabalhadores da saúde (ACS, Técnicas em Enfermagem, Técnica em Saúde Bucal, Serviços Gerais, Recepcionistas e Atendente de Farmácia). Por fim, numa terceira fase foi realizado o tratamento dos resultados obtidos a partir das entrevistas individuais e diário de campo.

3.3.1 Entrevistas semiestruturadas

Para o propósito deste estudo, a entrevista semiestruturada teve o objetivo de compreender os significados que os trabalhadores atribuem à sua assistência aos RNPT e reconhecer os fatores que interagem nesta assistência, para tanto foi construído um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice A) com questões sobre a percepção do cuidado ao RNPT, relatos de experiências e reflexões sobre sentimentos diante do cuidado com o RNPT, e sugestão para a organização desse cuidado.

Importa destacar que neste processo também se manteve o foco no melhoramento do cuidado, pois promove a construção de um processo formativo durante a fase de perscrutação (PAULA et al., 2018). As entrevistas ocorreram após obediência aos requisitos prescritos pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Cada entrevista levou em média 40 minutos de duração e foram gravadas. Após sua realização, foram transcritas pelo pesquisador com rigor técnico e levando em consideração as pausas, verbalizações e nuances de vozes. As transcrições foram conferidas pelo pesquisador com o áudio original, para evitar inferências errôneas sobre as falas, conforme recomendação de Gibbs (2009). Para se obter uma média de distribuição de alguns dados quantificáveis presentes nas entrevistas foi utilizado um cálculo simples de média aritmética .

Na PCA, a fase de apreensão representa o processo de assimilação dos dados que ocorre concomitantemente com as demais fases de coleta dos mesmos, sendo assim caracteriza-se por um movimento por meio do qual o pesquisador deve sistematizá-los para as próximas fases. Deste modo, os resultados sistematizados das entrevistas individuais foram distribuídos em sete temas (BARDIN, 2002; 2016), quais sejam: (1) Experiência de Atendimento ao Recém-nascido Prematuro, (2) Percepção do Cuidado ao Bebê Prematuro pela Equipe, (3) Competência para o Cuidado com o Recém-nascido Prematuro, (4) Percepção individual sobre o Recém-nascido Prematuro, (5) Dificuldades no Atendimento ao Bebê Prematuro, (6) Encaminhamentos do Recém-nascido Prematuro e (7) Adjetivos usados no Recém-nascido Prematuro.

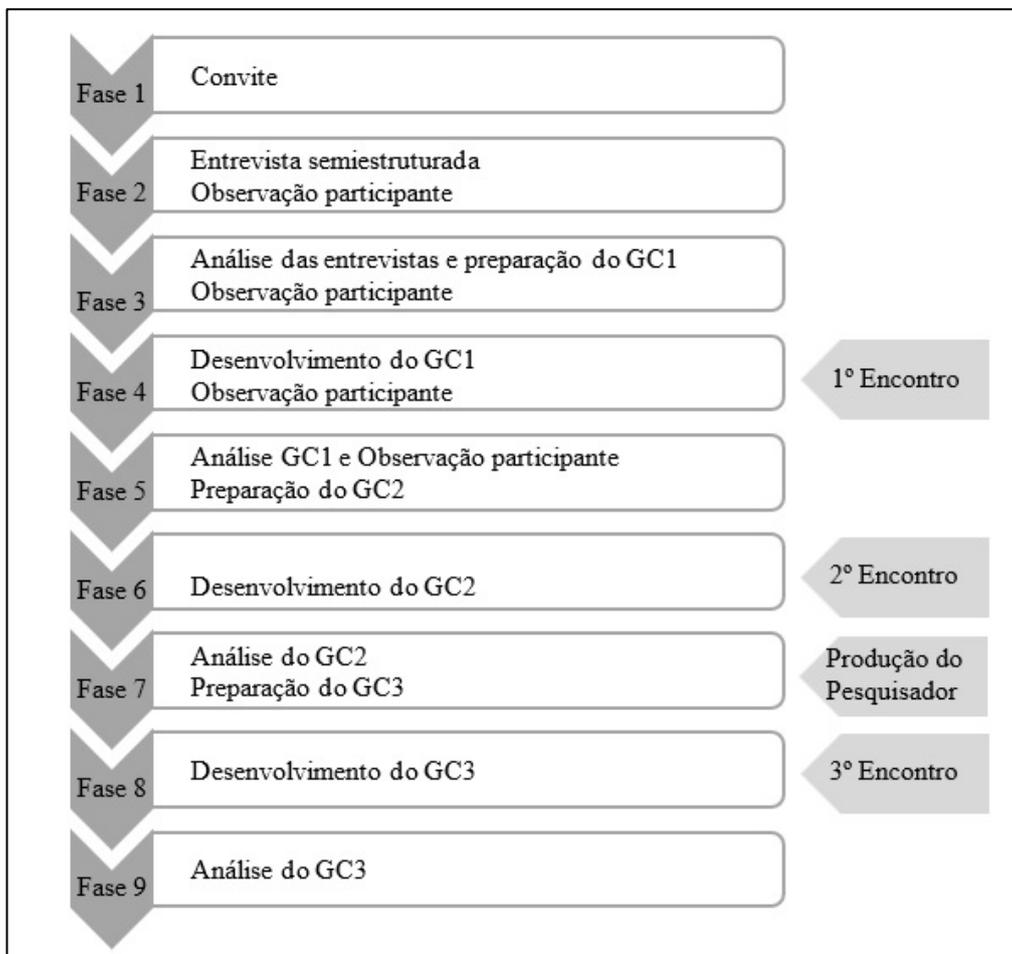
Durante a análise de conteúdo das entrevistas percebeu-se a utilizados de adjetivos por parte de todos os participantes deste estudo, para se referirem ao RNPT, essas entrevistas foram expostas em um “software” de análise de dados qualitativos o NVIVO® para a confecção de

uma nuvem de palavras com esses adjetivos.

3.3.2 Grupos de Convergência (Fase 4, 6 e 8)

Com o objetivo de construir de forma convergente com a equipe da USF uma estratégia voltada a qualificação do cuidado ao RNPT, foram realizados três encontros de Grupos de Convergência (Figura 2).

Figura 2: Esquemática das etapas de produção de dados.



Fonte: Produzido pelo autor (2022).

Os GC foram conduzidos em aproximação com a abordagem freiriana (FREIRE, 1987; FREIRE, 1996), por entender que a PCA exige uma educação como um processo de constante busca do conhecimento construído a partir da própria compreensão da realidade e não como um depósito cultural (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). Tomando como base a pedagogia freiriana, o pesquisador provocou junto aos participantes o espírito crítico e reflexivo sobre os processos de trabalho e assistência prestada ao RNPT. Deste modo, a concepção

problematizadora reforçou a necessidade de mudanças no cotidiano assistencial, por meio da mobilização, construção e síntese dos fatores identificados pela equipe durante a realização das entrevistas e das discussões nos grupos de convergência. A seguir serão descritos os objetivos e o percurso dos três grupos de convergência.

O Grupo de Convergência 1 (GC1) teve como objetivo convidar seus participantes a pensar e dialogar de forma compartilhada sobre os resultados obtidos nas entrevistas individuais e refletir sobre os elementos que dificultam e/ou precarizam a assistência ao RNPT e seus efeitos sobre a assistência prestada. Os vinte participantes desse grupo, foram subdivididos em quatro subgrupo, com cinco participantes, para debater e problematizar os resultados sistematizados da análise das entrevistas individuais (Apêndice B). Esses resultados foram impressos e entregue a cada subgrupo. Foi dado um tempo para os participantes analisarem o material e observar a realidade identificada nos dados (problema), em seguida foram mediados pelo pesquisador a explorarem os pontos chaves dos problemas e seus possíveis fatores e determinantes maiores e refletirem sobre os elementos que dificultam e/ou precarizam a assistência ao RNPT e seus efeitos sobre a assistência prestada ao RNPT. Após isso, foram convidados a compartilharem suas reflexões com todo o grupo, expondo as dificuldades, hipóteses de soluções e sugestões de aplicação na realidade (prática do serviço).

Assim, após o GC1 realizou-se, novamente, a fase de análise dos dados produzidos neste encontro. Esse material escrito junto com a transcrição do áudio do GC1 e anotações do diário de campo, foram analisados e utilizados como material para o planejamento do GC2. Esta ação resultou em uma lista de fatores que dificultam e/ou precarizam a assistência ao RNPT, descrito no Quadro 2 no capítulo dos resultados.

O Grupo de Convergência 2 (GC2) teve como objetivo debater quais seriam as melhores estratégias para aprimorar o cuidado e sobre os conteúdos fundamentais que precisam ser aprimorados. No momento da realização do GC2, o Quadro 2 foi disponibilizado para os dezenove participantes do grupo, que foram divididos em quatro subgrupos para análise e posterior socialização das impressões junto ao conjunto de participantes para construção de sínteses.

O Grupo de Convergência 3 (GC3) teve como objetivo apresentar e validar junto a equipe a estratégia escolhida pela equipe para o aprimorar do cuidado ao RNPT. Foi desenvolvido com base na síntese das etapas anteriores, estiveram presentes nesse encontro vinte profissionais da equipe. Ao iniciar o encontro foi apresentado ao grupo a síntese do encontro anterior e a estratégia escolhida pelo grupo que foi um manual informativo de cuidados com o recém-nascido prematuro na ESF que trouxesse o conteúdo apontado pela equipe.

Segundo as autoras do método da PCA, uma das vantagens da utilização do grupo de convergência é, que paralelamente ao desenvolvimento de ações investigativas, também, ocorre um processo formativo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). Em consonância com essa premissa, a realização dos GC permitiu o desenvolvimento de oficinas formativas que contribuíram com a qualificação do cuidado e, neste ponto, se apresenta outra vantagem do método escolhido para este estudo, qual seja, a pesquisa ocorre ao lado da qualificação da assistência.

Adicionalmente, foi aplicada a técnica da observação assistemática participante pautada no contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, com a finalidade de obter dados na ocorrência espontânea dos fatos; e sobre a realidade dos participantes em seu próprio contexto (MARCONI; LAKATOS, 2003; MINAYO et al., 2002). As observações aconteceram entre o período de março a outubro de 2022, nos dias de quinta-feira nos momentos em que o pesquisador/trabalhador estava em atuação na assistência, foram aproximadamente 256 horas de observação assistemática que permitiu capturar o ato expresso na cena vivenciada pelo pesquisador. A vantagem dessa técnica de observação “participante” é que ela encontra apoio no atributo de imersibilidade da PCA, em que o pesquisador já se encontra inserido como parte da prática assistencial, com intenção de produzir inovações compartilhadas. Foi nesse cenário que se observou a realidade espontânea, informal, ordinária, simples, livre, ocasional e acidental; e registrado em diário de campo.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, essa pesquisa obedeceu aos requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas relacionadas às pesquisas com participação de seres humanos. Este estudo só teve início após a obtenção do termo de autorização institucional fornecido pela secretaria municipal de saúde de Conceição do Almeida e posterior aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número: 55161621.4.0000.0056, com Parecer número: 5.317.796.

Todas as pessoas participantes da pesquisa assentiram sua autorização formal, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). Ademais, foi garantido seu anonimato, e todas foram referenciadas, a partir de nomes fictícios de personagens de desenho infantil, que o próprio participante escolheu no momento inicial da entrevista independentemente do gênero.

Em função do momento de Pandemia pela Doença Corona Vírus 2019 (COVID-19), foram adotadas todas as medidas de precauções contra a transmissão do vírus, seguimos as recomendações das autoridades sanitárias locais e observamos o protocolo “Modes of transmission of virus causing COVID19: implications for IPC precaution recommendations” da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020), como: uso de máscaras e distanciamento de 1,5 metros entre os participantes durante os encontros presenciais. O pesquisador disponibilizou durante todos os encontros presenciais álcool gel 70% para todos os participantes. Aquele participante que estivesse com sintomas gripais no momento dos encontros teria sua entrevista reagendada para sete dias após o início dos sintomas (observando o que determinava o Guia de Vigilância Epidemiológica para COVID-19 do Ministério da Saúde de 2022, sobre o período de isolamento) (BRASIL, 2022). Durante todo o período deste estudo não houve nenhum registro de caso de suspeita de COVID-19 entre os participantes.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O perfil dos participantes foi o seguinte: maioria mulher (95,5%); a idade variou entre 29 e 59 anos. Em relação ao nível de escolaridade, houve a seguinte distribuição no grupo: 1º grau incompleto (4%); 2º grau incompleto (4%); 2º grau completo (38%), nível técnico (29%); 3º grau completo (17%) e pós-graduados (8%). O tempo de atuação dos participantes deste estudo na área de saúde foi em média de dezessete anos. E o tempo de trabalho dos mesmos na USF estudada foi em média de dez anos (mínimo: 1 ano; máximo: 21 anos).

4.1 ANÁLISE DA ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

A análise das entrevistas permitiu a descrição de sete temas e desses foram identificadas três categorias analíticas relacionadas à assistência ao RNPT no contexto do estudo, quais sejam: Fluxograma de atendimento e encaminhamento do RNPT; Falta de conhecimento sobre cuidados com o RNPT e gestão do cuidado ao atendimento ao RNPT.

4.1.1 Fluxograma de Atendimento e Encaminhamento do Recém-nascido Prematuro

No que diz respeito ao fluxograma de atendimento e encaminhamento do RNPT, os dados produzidos apontaram que 82% dos participantes do estudo não reconheceram a existência de um fluxograma estruturado de atendimento do RNPT, conforme relato abaixo:

Eu acho que é muito solto, não tem, não tem acompanhamento não. Na hora ela fica muito solta. Ainda bem que tem você aqui para orientar. Então, por que elas ficam muito perdidas, acho que nem as enfermeiras aqui tem a preparação. E tem Salvador que ela viaja sempre de 15 em 15 dias para acompanhar os prematuros para acompanhar lá. É enviado pra lá. [...] eu estava falando que sem saber para quem encaminhar e quando mandar o bebê, pode perder tempo de atender uma coisa importante que ele precisa. Por que precisa marcar em Salvador e isso demora muito. E também a gente fica sem saber, nem orientar a mãe. (FROZEN, 2022).

Apenas a médica e a enfermeira expressaram o conhecimento de um fluxograma que, em alguns pontos são convergentes:

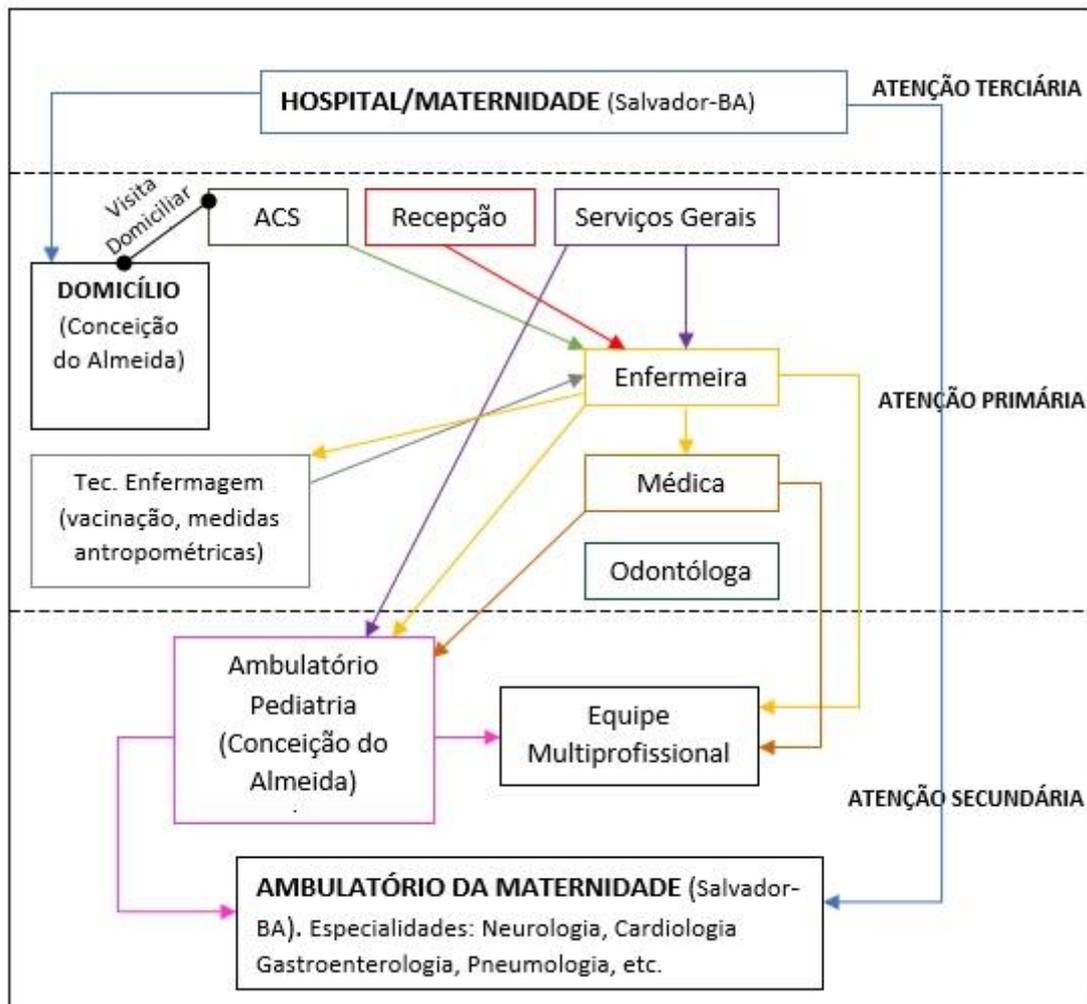
O paciente nasceu prematuro, a equipe dá aquela assistência inicial para ver como é que foi o parto e ver como é que ficou quanto tempo ficou hospitalizado, até receber alta. Aí, quando a Agente de Saúde fala para a gente que o paciente recebeu alta. A enfermeira marca essa primeira consulta em domicílio ou então, se o prematuro precisar tomar uma vacina, aproveita que vem no posto, toma a vacina, já passa na sala dela e depois ela transfere a paciente para eu fazer a primeira avaliação. E aí, geralmente, a gente pede avaliação com o pediatra para dar seguimento. Faz alguma avaliação ver se precisa um exame específico que não foi solicitado. (DOCINHO, 2022).

Aqui, graças a Deus eu tenho um suporte bom, né, tem pediatra, a gente tem um suporte com a médica também na Atenção Básica que dá esse suporte, porque na puericultura a gente fez esse ajuste na equipe com ela. Eu acompanho, a médica também acompanha. Então, a gente já deixou certo também de fazer tudo no mesmo dia e mesmo período de acompanhamento, porque a médica está na unidade, né? (SMURF, 2022).

Entre o total de dez ACS uma percentagem de 62,5% não reconhecem um fluxo de atendimento e nunca encaminharam um RNPT dentro da equipe. Entretanto, 37,5% dos ACS que reconhecem o fluxo de atendimento iniciam esse fluxo com a visita domiciliar após a alta hospitalar e posteriormente encaminham para a enfermeira, tendo essa como principal referência como primeiro encaminhamento dentro da unidade. Esses ACS relataram que apesar de encaminharem não dominam o fluxo, apenas executam o encaminhar. É importante ressaltar que 50% dos ACS não tiveram oportunidade de assistirem um RNPT em sua área, esses relataram que se tivessem hoje um bebê prematuro na sua área não saberiam realizar um encaminhamento, mas que procurariam a enfermeira.

Considerando a experiência do pesquisador, trechos das entrevistas e do diário de campo, foi possível sintetizar um fluxograma de atendimento e de encaminhamento do RNPT da unidade estudada, dentro da Macrorregião Leste da Bahia, explicitado na Figura 3.

Figura 3: Fluxo de atendimento ao RNPT na Macrorregião de Saúde Leste da Bahia, segundo participantes.



Encaminhamento: Enfermeira (▼), Médica (▼), ACS (▼),
 Recepção (▼), Serviços Gerais (▼), Tec. em Enfermagem (▼),
 Maternidade (▼), Ambulatório Pediatra (▼).

Fonte: Oriundos da sistematização de resultados: Trabalho de Campo (2022).

O fluxograma envolve ações nos três níveis da RAS. Percebe-se que o município em tela, localizado na Macrorregião de Saúde Leste, relaciona-se com o município de Salvador, onde está situada a maternidade (atenção terciária) e o ambulatório de especialidades da maternidade (atenção secundária). A atenção secundária também compreende os ambulatórios de especialidades do município em tela. No âmbito da USF (atenção primária), a ligação entre a mãe/criança pré-termo e a USF foi feita pela ACS durante a visita domiciliar que, ao identificar a chegada do RNPT vindo da maternidade, o encaminha para a USF especificamente, para o serviço de Enfermagem. Há encaminhamento para a enfermeira por parte dos profissionais que trabalham na recepção e nos serviços gerais, estes também encaminham

diretamente para o ambulatório de pediatria. A Enfermeira faz encaminhamentos para sala de vacina e médica. Por sua vez, as profissionais de enfermagem e a médica fazem o encaminhamento para o ambulatório de especialidades municipal, local que oferta os serviços de Pediatria e equipe multidisciplinar (Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta). Não se identificou encaminhamento para a odontóloga por parte da equipe. Na alta hospitalar o paciente também é agendado para retorno ao ambulatório da maternidade.

A organização administrativa do SUS baiano se dá pela lógica da regionalização. Neste contexto, o município em tela e mais vinte municípios integram a Região de Saúde de Santo Antônio de Jesus, com um total de 472.891 habitantes, pertencentes à Macrorregião de Saúde Leste (SESAB, 2022). Santo Antônio de Jesus é o município polo da Região de Saúde, neste localiza-se a maternidade de referência. Porém, essa maternidade não possui estrutura compatível para assistência à um RNPT, o que demanda a necessidade de encaminhamentos para a cidade de Salvador, localizada a 168 km de distância de Conceição do Almeida, para a realização do parto prematuro e acompanhamento do RNPT em consultas com especialistas (exceto Pediatra), além de eventuais internamentos, tratamentos e exames da triagem neonatal. Evidenciando, assim, lacunas na assistência do ponto de vista da integralidade, longitudinalidade e produção do vínculo do cuidado ao RNPT e à sua família.

Em que pese o foco deste estudo seja o cuidado ao RNPT após alta hospitalar na ESF, é necessário o reconhecimento de que a sua assistência inicia quando da identificação do risco de ocorrência de parto prematuro, no âmbito da APS. Este tipo de assistência não foi objeto de estudo desta investigação, contudo, importa destacar que o cuidado que antecede o parto e pós parto repercute no desdobramento de ações da terceira do MC. Embora não seja possível afirmar, reconhecem-se algumas pistas que denotam fragilidades no sistema de referência e contrarreferência do município estudado. Estas fragilidades foram percebidas na ausência ou preenchimento incompleto das anotações de referência e contrarreferência e orientações insuficientes para o/a cuidador/cuidadora sobre a importância de buscar a UFS, portando os registros e relatórios de alta. Isso corrobora com os resultados obtidos nos estudos desenvolvidos por Aires et al., (2017), Jantsch et al., (2021); Reichert et al., (2021).

No âmbito da atenção básica à saúde no município em tela, o RNPT após a alta hospitalar é acolhido na USF. Este acolhimento ocorre por meio da ação dos ACS ou busca dos usuários pelo serviço. Identificou-se também que o atendimento ao RNPT na unidade é multiprofissional, caracterizado por encaminhamentos entre os profissionais, não demonstrando ter nenhum dispositivo que caracterize o atendimento interprofissional e/ou um projeto terapêutico singular, distante do que é preconizado no MC (BRASIL, 2015). Nota-se

também uma fragilidade na comunicação entre a atenção terciária (maternidade) e a APS, quando na alta hospitalar o paciente é agendado para retorno em consultas no ambulatório da maternidade sem manter interlocução com a APS, divergindo do proposto pelo MC e o princípio da integralidade, estudos de revisão corroboram com esse achado (AIRES et al., 2015; PAULA et al., 2019; SOLANO et al., 2019; REICHERT et al., 2021; SILVA et al., 2020a; SILVA et al., 2022).

Percebeu-se uma insuficiente organização do serviço na USF estudada, em virtude da concentração da assistência na profissional enfermeira e um excesso de encaminhamentos para a especialidade (pediatria e equipe multiprofissional). Concordando, assim, com os achados apresentados por Silva et al., (2020a) e Solano et al., (2019). Adicionalmente, o atendimento tem se caracterizado por ações que priorizam os cuidados com o risco potencial de complicações e encaminhamentos para o atendimento especializado. Esse modo de funcionamento tem se mostrado insuficiente face à assistência preconizada pelo MC, pautado na maior responsabilização da eSF, coordenando o cuidado, ao lado do respeito aos princípios da integralidade e da longitudinalidade (BRASIL, 2011, 2016). A fala abaixo demonstra o entendimento de que a oferta da assistência deve orientar-se pela queixa e os encaminhamentos comprometidos pela demanda ou “correria”.

Na verdade, eu acho que o que mais vem a dificultar é a agenda muito cheia de SUS. Então, muitas vezes a enfermeira na correria se passa, não lembra, entendeu de encaminhar. Muitas vezes a queixa da mãe do prematuro não é nada voltada à odontologia. Então, na correria mesmo do dia a dia, acaba por se passar. (LILICA, 2022).

Quando a participante Lilica (2022) foi questionada sobre o que significa “correria” ela complementou: “Demanda muito grande de pacientes para a equipe atender.” Dentre as razões que podem colaborar para o entendimento das lacunas identificadas no fluxo da equipe, pode-se apontar o não conhecimento do MC por parte de 91% dos participantes da pesquisa. Dentre os profissionais de saúde, 66% o conhecem, ao passo que o total de trabalhadores de saúde relataram não conhecer o Método; resultados também identificados por Stelmak e Freire (2017). Entende-se que o conhecimento deve ser compartilhado e apropriado por todos os trabalhadores da saúde e, em função disso, optou-se por realizar os grupos de convergência com os vinte e dois trabalhadores da USF.

Deste modo, foi possível reconhecer que dentro desse esquema não há uma sequência ordenada de atendimento entre os profissionais da eSF e dos ambulatórios de especialidades. Notou-se que a sequência dos atendimentos é dependente da disponibilidade de profissionais e dos serviços de saúde que são oferecidos pela RAS do município e da macrorregião. Desta

forma, percebeu-se a necessidade de maior atenção da equipe às demandas específicas de atendimento do RNPT, carecendo, assim, estabelecer um fluxo e cronologia de atendimento pactuado pela equipe. Esta questão será objeto de debate nos grupos de convergência 1 e 2.

4.1.2 Falta de Conhecimento sobre os cuidados com o Recém-nascido Prematuro

Todos os participantes do estudo expressaram falta de conhecimento de, pelo menos, algum tema relacionado à assistência ao RNPT. Estudos realizados por Solano et al., (2019); Aires et al., (2015) e Silva et al., (2020a) também identificaram a falta de capacitação profissional das equipes da APS sobre o tema. Nas falas abaixo expressam esta percepção dos participantes deste estudo:

Eu acho que falta conhecimento, muito mais, muito conhecimento. E o que me preocupa justamente é isso aí. É essa criança, ela é uma criança mais vulnerável, uma criança mais, vamos dizer, propícia a ter doenças, de ter problemas de saúde. Aí eu queria ter esse conhecimento. Será que uma gripe que não passa em uma criança normal, em uma criança prematura, o meu olhar tinha que ser mais diferenciado para poder estar orientando essa mãe? (MAGALI, 2022).

Como encaminhar esse prematuro para cada procedimento que ele vai fazer, num caso assim chegar lá na nossa sala mesmo. [...] Para mim é isso que eu tô lhe dizendo, que precisa de uma capacitação até mesmo a recepção, para saber como acolher essa criança. (SHREK, 2022).

Dentre os participantes do estudo, os Técnicos em Enfermagem, Enfermeira e ACS foram os que apontaram maior número de temas de demandas formativas. Os temas mais indicados foram: Higiene, Engasgo e Aleitamento Materno. Estas informações estão sistematizadas no Quadro 1.

Quadro 1: Temas das demandas formativas referidos pelos participantes.

	Temas						
	Higiene	Engasgo	Vacinação	Amamentação e Alimentação	Características do RNPT	Puericultura do RNPT	Infecções Respiratórias
Profissionais de nível superior							
Médica			X			X	
Odontóloga	X						
Enfermeira	X	X	X	X		X	X
Trabalhadores da saúde							
Serviços Gerais		X			X		
Recepcionistas		X		X			
Atendente de Farmácia		X				X	
ACS	X	X		X	X		X
Técnica em Enfermagem	X	X		X	X	X	
Técnica em Saúde Bucal	X						

Fonte: Oriundos da sistematização de resultados: Trabalho de Campo (2022).

Dialogando com o fluxo de atendimento, 60 % dos entrevistados que relataram algum tipo de dificuldade referente ao fluxo, também, manifestaram falta de conhecimento sobre os cuidados com o RNPT. Esse é um importante fator que dificulta o encaminhamento do RNPT dentro de fluxo.

Algumas Técnicas em Enfermagem relataram que as mães, no momento que estão na sala de vacina, fazem questionamentos sobre o cuidado com o engasgo, alimentação (momento da amamentação ou introdução alimentar) e ganho de peso do RNPT. Demonstrando nas suas falas que se sentem inseguras em fazerem orientações por falta de conhecimentos específicos sobre estes temas aplicados à condição do bebê em situação de prematuridade.

[...] em relação à questão do ganho de peso, da alimentação que ela vai dar ao prematuro, elas perguntam isso na sala de vacina, é isso. Tem umas mães que perguntam: Não está mamando, posso dar tal leite? Aí eu não posso te dizer, tem que procurar um médico, um pediatra, para poder indicar. (SHREK, 2022).

Completa a técnica de enfermagem Mônica que também seria necessário ter um material para consulta que fosse de fácil acesso “na mão”, para consultar sobre alguma dúvida que a genitora viesse a perguntar na sala de vacina:

Alguma coisa para ter na mão para consulta no momento que tiver pergunta de uma mãe. Eu vou te dar um exemplo com a mãe na sala de vacina, pode perguntar: está engasgando? Como é que eu faço? (MÔNICA, 2022).

Percebe-se nas falas de 50% das Técnicas em Enfermagem uma preocupação em incluir as recepcionistas da unidade no processo de aprendizagem para melhorar o acolhimento e também orientação às famílias do RNPT. Como corrobora a fala de Polly:

Faltaria um treinamento, um conhecimento. Alguém mais experiente, falar, explicar, passar de forma clara e objetiva. Para quem não tem noção, quem não entende passa a entender. E quando vim uma mãe com um bebê prematuro saber orientar desde a recepção à enfermagem, ao técnico. (POLLY, 2022).

Em relação à higiene com a saúde bucal do RNPT, algumas falas convergem ao se referirem a dificuldade em orientar os/as cuidadores/cuidadoras sobre os mesmos. Os relatos revelaram que há um desconhecimento e mitos sobre a real necessidade em cuidar da saúde bucal do bebê e que não se restringem apenas a bebês prematuros. Exemplificada na fala de uma delas:

Acho que as mães têm muito ainda o mito, que dente de leite não precisa cuidar, vai cair, vai vim um permanente. Então, até criança mesmo de um ano, dois anos, mesmo sem ser prematuro, já vê uma certa resistência para mim, para vim pra o dentista. Então, prematuro, piorou. (LILICA, 2022).

A compreensão de que o conhecimento sobre o cuidado com o RNPT e orientações básicas em situações de emergência são fundamentais e devem ser compartilhadas com todos os trabalhadores da USF é estruturante para a organização do cuidado ao RNPT. Nas falas a seguir de trabalhadores vinculados ao acolhimento pode-se perceber esta necessidade.

No caso, eu, tipo, trabalho aqui, como serviços gerais. Eu preciso conhecer mais, no caso preciso conhecer mais, se tiver passando algo que eu possa ajudar, eu não sei nem o que vou fazer com um prematuro [...] Eu não saberia, eu não saberia fazer nada disso sobre engasgo, mas preciso ter pelo menos para orientar a mãe. Olha faz isso, faz aquilo. (HE-MAN, 2022).

Também eu não vou, não vou ser hipócrita dizer eu sei, eu não sei, não sei informar o que faz com um bebê que acabou de engasgar, e aí o bebê em casa? O que é que eles fazem? [...] Falta, como posso dizer falta instrução. [...] Como uma palestra, uma palestra já sabe pega assim todo o pessoal da unidade, porque a gente sempre tem dúvidas. (HULK, 2022).

Para a concretização do princípio da integralidade na assistência ao RNPT as equipes da APS devem dispor de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de apoio matricial para o cotidiano das práticas (SILVA et al., 2020a). A EPS foi proposta pelo Ministério da Saúde a partir do ano de 2004 como uma política de saúde no Brasil, com objetivo claro de orientar a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, com a finalidade de modificar as práticas profissionais e a organização do trabalho com base nas necessidades e dificuldades do sistema (FERREIRA et al., 2019). Assim, o manual da terceira etapa do Método Canguru destinados aos profissionais da APS, que serve de base para cursos de formação e atualização, faz parte dessa política ministerial de EPS com foco na ESF e traz a necessidade de educação permanente para o cuidado ao RPNT (BRASIL, 2015). Diante dos resultados obtidos nesta etapa e partindo do entendimento de que o conhecimento deve ser

compartilhado e aprendido por todos os trabalhadores da USF, estas questões foram objeto de debates no GC2.

4.1.3 Gestão do Cuidado ao Atendimento ao Recém-nascido Prematuro

Em relação às dificuldades sobre a gestão do cuidado ao atendimento ao RNPT também foram apontadas questões relacionadas a infraestrutura da unidade e da rede de apoio à Atenção Primária e os aspectos da gestão pública.

Os participantes deste estudo apontaram dificuldades da rede de apoio, questões como o atraso ou o não fornecimento de fórmula infantil². O RNPT tem uma maior chance de uso de fórmula infantil (leite artificial) em função dos seguintes fatores: longo período de internamento hospitalar, baixo peso ao nascer, dificuldade de sucção no seio materno e baixa produção de leite materno devido ao estresse da puérpera pela condição da prematuridade do(a) filho(a) (BRASIL, 2014).

No município estudado a fórmula infantil (leite artificial) de seguimento é distribuída mediante um protocolo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde por meio dos seguintes critérios para o seu fornecimento: relatório social comprovando que a família é de baixa renda, relatório do pediatra afirmando a necessidade do uso da fórmula infantil e o relatório da eSF comprovando que essa família segue fazendo acompanhamento de puericultura. Existe também um protocolo do Estado da Bahia para disponibilidade de Medicamentos Especializados de Alto Custo, no qual está incluído a oferta de fórmulas infantis para bebês ou crianças que têm patologias específicas³. Essas ações são apoiadas pela Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS (BRASIL, 2017b).

Essa dificuldade na aquisição de fórmula infantil por famílias de bebês prematuros está expressa nas falas abaixo:

Gente, eu me senti perdida! Porque eu não sabia o que fazer, porque tinha que ter o leite e ela não tinha condição de comprar. Aí tudo a gente tinha que recorrer a Secretaria de Saúde. (FEITICEIRA, 2022).

² Fórmula infantil é um tipo de leite artificial, processado, que “imita” o leite materno e é indicada quando há impossibilidade total de o bebê receber o leite materno, seja por contraindicação médica ou mediante a baixa produção de leite pela lactante.

³ As patologias específicas para as quais se distribuem a fórmula infantil são: alergia à proteína do leite de vaca, oncológicos, desnutridos ou com alguma carência nutricional, fissura lábio palatal ou outras patologias que comprometam a sucção com prejuízo nutricional e impedimento para a amamentação de crianças até doze meses de idade, prematuros com sequelas, doenças congênitas graves com comprometimento, bebês com alimentação através de sonda, bebês que não apresentam ganho de peso adequado para idade apenas com o consumo de leite materno, distúrbio neurológico que comprometa a deglutição e absorção de nutrientes e outras patologias identificadas por critérios clínicos e/ou laboratoriais com comprometimento metabólico.

Rapaz, as maiores dificuldades que eu vejo, eu ainda, eu ainda acho que é uma questão mesmo de gestão, porque, o que é que acontece por exemplo esse prematuro que eu atendo, né, ele foi introduzido um leite especial. E aí a mãe não tem condições é econômicas de comprar o leite [...] A gente fez todo o processo, né, de acompanhamento social, a gente fez relatório e mandou. Já tem mais de um mês e até hoje ela não foi agraciada com as latas de leite. (SMURF, 2022).

A ACS Magali ainda relata que devido a situação de vulnerabilidade social que vivem as famílias dos bebês em situação de prematuridade, estas introduzem alimentos antes do período recomendado de seis meses de idade por falta do “leite” (fórmula infantil), conforme descrição abaixo:

Olha, sinceramente, eu acho que a dificuldade é financeira. Eu queria muito poder ajudar, principalmente, na questão de alimentação. Se tivesse um acolhimento, para você ter ideia. Ela precisa dar um leite específico, eu não tenho agora o nome. Assim meu Deus do céu. Tem dia que eu chego lá. Ela [mãe] diz que fez suco, que deu água de coco, porque não tinha leite. Aí você vem para casa como diante de uma situação dessa? Bem arrasada, bem arrasada! (MAGALI, 2022).

Esta situação de introdução precoce de alimentos pode levar ao risco de engasgo, devido à imaturidade fisiológica do prematuro que acarreta maior dificuldade na deglutição de alimentos sólidos por parte desses bebês e risco de óbito por engasgo, como relatou uma participante:

Um treinamento sobre engasgo seria ótimo. Outro dia em outra unidade morreu um prematuro por engasgo. Eu tenho dificuldades em orientar sobre engasgo. (FEITICEIRA 2022).

Problemática ratificada por outra profissional de saúde, tal como referido abaixo:

[...] quando tinha três meses a mãe estava dando verdurinha batida no liquidificador, por conta da dificuldade realmente que ela tinha de não tinha mais leite de peito, porque ficaram na UTI, o leite secou e aí ela não tem condições de comprar. (SMURF, 2022).

Outra dificuldade relatada relaciona-se com o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIEs)⁴ responsável por fornecer imunobiológicos específicos. A USF enfrentou problemas para obtenção de insumos conforme pode ser visualizado na fala abaixo:

Mas assim, eu acho que essas coisas ainda são uma dificuldade para a equipe. Aí o que aconteceu: uma coisa já leva a outra. Essas duas crianças tinham indicação de uma vacina especial e aí elas tomaram a primeira dose e a gente fez toda solicitação no CRIEs e aí eles mandaram as doses. Só que a segunda dose já estava com vencimento curto. E aí eu acredito que por conta dessa dificuldade de alimentação

⁴ Os Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIEs) têm como finalidade facilitar o acesso da população aos imunobiológicos especiais para prevenção das doenças que são elencados no PNI, em especial os portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida e de outras condições especiais de comorbidade, ou exposição a situações de risco. Os CRIEs são regidos pela Portaria nº 48, de 28 de julho de 2004, que institui em todo território nacional o seu funcionamento e sua operacionalização, assim como define as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde dos estados, Distrito Federal e CRIEs (BRASIL, 2019).

também uma criança, um menininho ficou doente e aí ele teve pneumonia e aí ficou internado. E aí não pôde tomar a vacina, porque a gente tem toda essa condição, né, apresentando febre. A gente não fez a vacina, venceu a vacina e a gente tem que fazer nova solicitação. Só que o prazo para ele tomar já passou. (SMURF, 2022).

O RNPT deve receber todas as vacinas de acordo com a sua idade cronológica após o nascimento, seguindo o Calendário Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, observando suas recomendações específicas para os bebês prematuros, evitando assim, postergar o início da vacinação para além de dois meses de idade para bebês que estejam estáveis⁵ (BRASIL, 2014).

Para uma maior eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e produção de saúde, também se faz necessário o estabelecimento de uma rede de apoio efetiva (BRASIL, 2010b). Neste sentido, a infraestrutura e gestão são importantes componentes do sistema de serviços de saúde, ao lado da articulação dos fluxos entre os níveis de atenção e outros setores.

4.2 ANÁLISE DOS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA

Os Grupos de Convergência, em consonância com a metodologia empregada, representam o processo de interação entre pesquisa e assistência. Estes foram instrumentos que de forma convergente permitiram o aprofundamento das questões que emergiram nas entrevistas, momentos formativos e a proposição e desenvolvimento de estratégias para qualificação do cuidado. Ressalta-se que, imanente à proposta da PCA, o processo formativo da equipe ocorreu *pari passu* às atividades propostas em cada Grupo de Convergência desenvolvido.

O GC1 foi desenvolvido, conforme planejamento expresso na metodologia e seguindo roteiro específico (Apêndice D), com o propósito de debater os resultados preliminares das entrevistas com os participantes da pesquisa e permitir que novas questões pudessem emergir desta interação. Deste modo, o desenvolvimento do GC permitiu a interação entre os participantes, o compartilhamento da compreensão expressa nas entrevistas, ratificando a análise das mesmas e o surgimento de novas questões (Quadro 2).

⁵ “A criança é considerada estável se não apresentar problemas metabólicos, instabilidade respiratória ou cardiocirculatória, infecção grave ou doença renal, estiver se recuperando e apresentar ganho ponderal estável. Vários estudos confirmam a segurança, a imunogenicidade e a eficácia das vacinas quando administradas a essas crianças na idade cronológica.” (BRASIL, 2014, p.138).

Quadro 2: Síntese dos fatores que expressam os elementos que dificultam e/ou precarizam a assistência ao RNPT, segundo participantes do estudo.

Dificuldades
Falta de conhecimento da equipe para reconhecer as necessidade e demandas de cuidado do bebê prematuro.
Falta conhecimento da equipe para orientar a família sobre os cuidados com o prematuro.
Não aceitação familiar da prematuridade do(a) filho(a).
Conhecer as peculiaridades da vacinação do prematuro.
Entender e anotar as medidas antropométricas do bebê prematuro na caderneta de vacinação.
Manter o aleitamento materno do bebê prematuro.
Manter um vínculo de confiança entre a equipe e os pais de bebês prematuros.
Falta da caderneta de vacinação.
Falta de uma agenda mensal orientada para a assistência ao prematuro na unidade.
Locomoção da genitora com o prematuro até a unidade para a assistência.

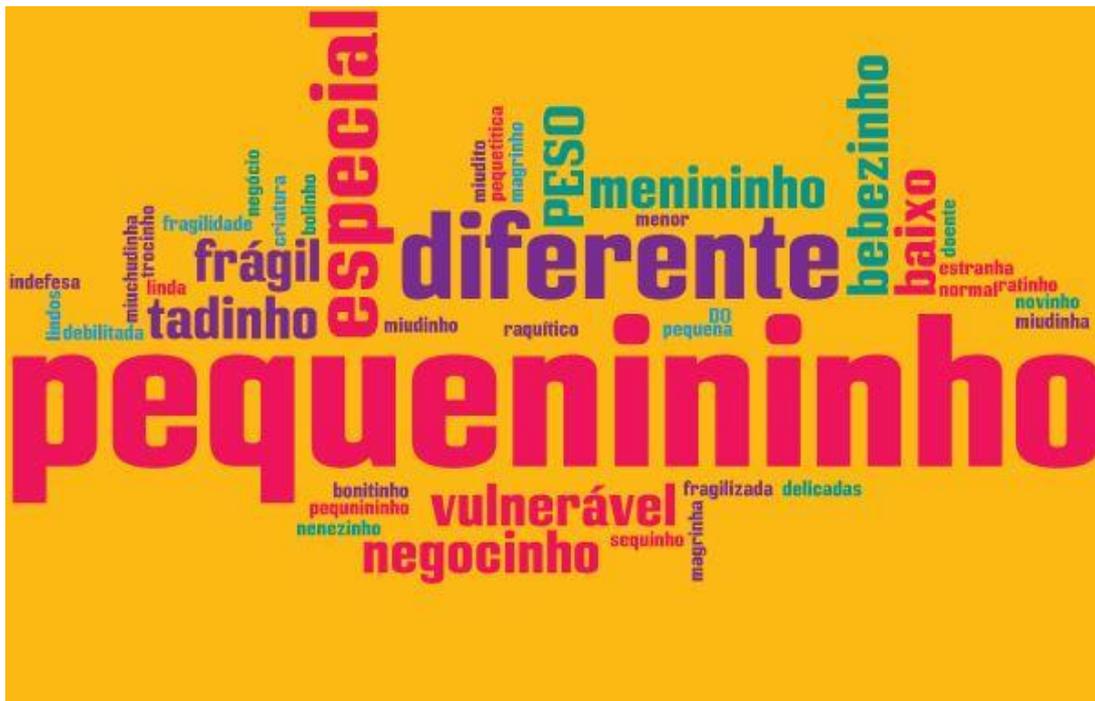
Fonte: Oriundos da sistematização de resultados: Trabalho de Campo (2022).

Dentre as dificuldades listadas acima, duas foram priorizadas pela equipe. A primeira foi o não (re)conhecimento do fluxo de encaminhamento do RNPT e a segunda relaciona-se com o insuficiente estabelecimento e manutenção do vínculo entre a família do RNPT e a equipe. Além das questões técnicas relacionadas com o cuidado ao RNPT, a opção metodológica adotada permitiu uma melhor apreensão da temática trabalhada, visto que permitiu a troca e construção de conhecimentos de forma coletiva, como pode ser verificado na fala de Emília (2022): “Assim, eu entendi mais fácil isso tudo que tá aqui. Um fala, o outro fala, a gente não tem vergonha de falar. Ai, doutor, a gente vai pensando nas coisas que precisa melhorar para atender esses bebês”. Essa construção do conhecimento de forma compartilhada vai ao encontro com a proposta da metodologia PCA, desde que a convergência ocorre em duas perspectivas: o diálogo constante entre os participantes e mudanças na prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

A questão do vínculo que emergiu no GC1 permitiu ao mediador introduzir uma discussão acerca da abordagem da equipe ao se referir ao RNPT. Observou-se o emprego corriqueiro de adjetivos, de algum modo, estigmatizantes para o RNPT, tais como: “ratinho”, “raqúitico”, “tadinho”, “pequenininho”, “diferente”, “especial”, “miudinho”, “negócio”,

“estranha”, etc.), representados em uma nuvem de palavras (Figura 4) contendo os adjetivos hierarquizados visualmente por sua repetição entre os participantes. Durante a discussão sobre o vínculo, o pesquisador problematizou que o uso desses adjetivos frente aos cuidadores/cuidadoras e seus familiares podem interferir negativamente no vínculo usuários/serviço, porém, naquele momento, não houve ressonância do grupo sobre esse tema.

Figura 4: Nuvem de palavras de adjetivos utilizados pelos participantes para se referirem ao RNPT.



Fonte: Oriundos da sistematização de resultados: Trabalho de Campo (2022).

Seguindo o mesmo percurso metodológico, e com roteiro específico (Apêndice E) o GC2, foi desenvolvido com o propósito de identificar as estratégias para qualificar o cuidado e quais conteúdos fundamentais que necessitariam de aprimoramento. Neste contexto formativo utilizou-se como ferramenta didática a construção coletiva de uma árvore representativa do conceito de vínculo dos participantes, a partir da qual se pretendeu discutir os efeitos no cuidado ao RNPT⁶. Além disso, este encontro também possibilitou a pactuação de um fluxo de

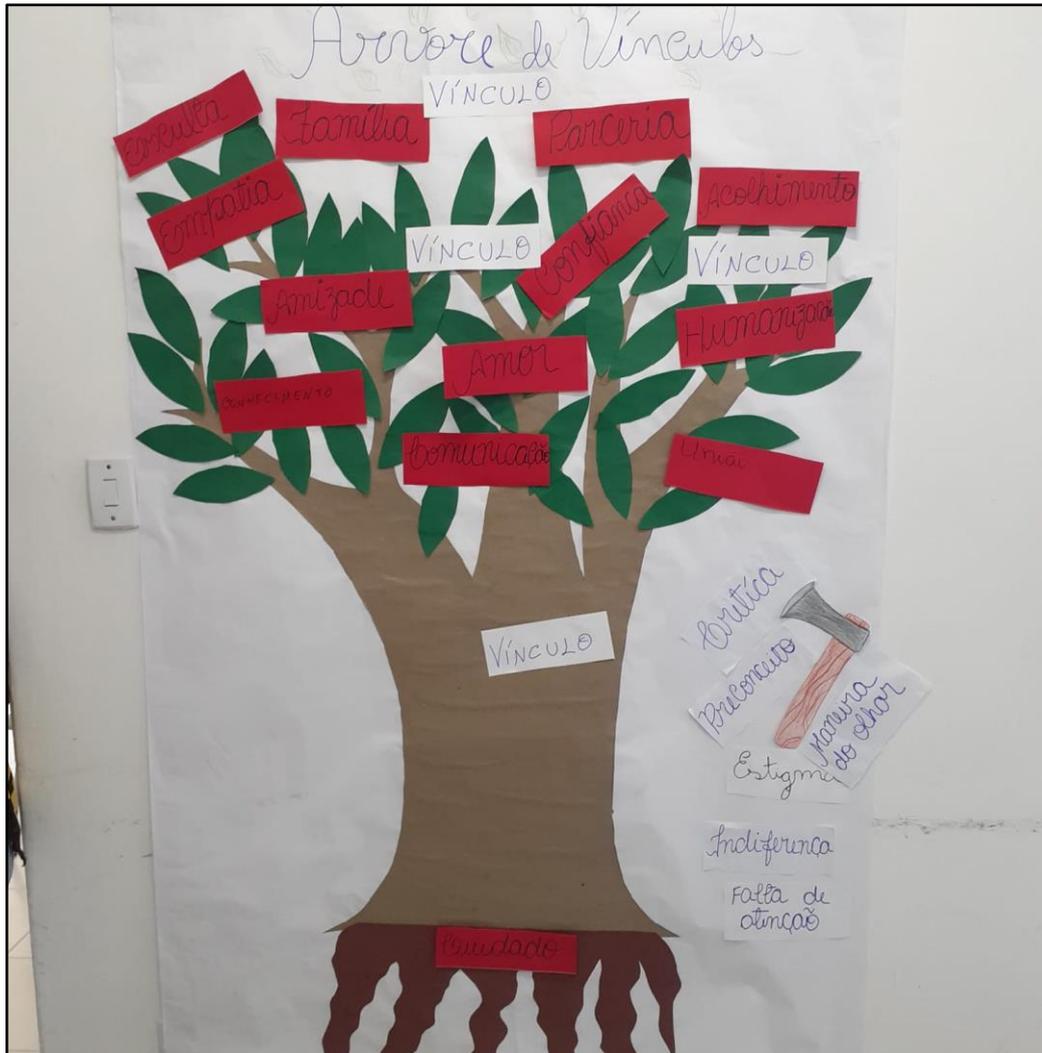
⁶ Adotou-se o seguinte conceito de vínculo na condução deste GC: “O conceito de vínculo no cuidado em saúde, mesmo que por vezes massificado, pode ser engravidado por um projeto ético-estético-político, nunca acabado, que coloque a centralidade das práticas de cuidado nas demandas e necessidades em saúde das vidas em sua diferença, que potencialize as escolhas de cada usuário, considerando aquelas com significados para ele, sempre evitando-se enveredar pelo juízo moral ou pela criminalização dos desejos e escolhas do outro.” (SEIXAS et al., 2019, p. 11)

encaminhamento do RNPT na unidade.

Nesta oportunidade, considerou-se necessário retomar a discussão que teve pequena repercussão no GC1 sobre os adjetivos utilizados pela equipe, quando se referiram ao recém-nascido prematuro, buscando correlacionar seu emprego e efeitos no estabelecimento de vínculos da equipe com a família do RNPT. Adjetivos estigmatizantes tem uma relação ampla entre os processos culturais, as estruturas de poder e as possibilidades de resistência que nos conduzem a uma compreensão mais fundamentalmente social e política desses processos, ligados a uma estrutura de desigualdade social e aos processos de exclusão social (MONTEIRO; VILLELA, 2013). É possível admitir que o uso de determinadas denominações podem gerar estigmas. Estes têm potencial de configurar em violência estrutural, inibindo o acesso aos serviços de saúde e ou produção de vínculo, corroborando, assim, com as causas fundamentais do processo de adoecimento.

Para trabalhar o conteúdo de estigma e vínculo (MONTEIRO, 2013; SEIXAS et al., 2019) o pesquisador se inspirou no dispositivo pedagógico denominado “Árvore de Problemas” (RIEG, 2014) frequentemente utilizado em planejamento estratégico situacional para propor a construção de uma “Árvore de Vínculos” por parte dos participantes. Esta foi construída tendo como base problematização e reflexão do grupo sobre quais os fatores que fortalecem e/ou precarizam os vínculos entre a equipe e as famílias de bebês prematuros. A árvore foi montada pela equipe da seguinte forma: os fatores que sustentam o vínculo foram representados nos galhos e tronco da árvore; os efeitos do vínculo foram espelhados nos frutos vermelhos da árvore. Por sua vez, a raiz da árvore representou o cuidado. Já os fatores que interferem negativamente na produção do vínculo foram figurados como um machado, dentre este os participantes incluíram os fatores que podem produzir estigma e preconceito. Na fotografia 1 é possível visualizar o registro fotográfico feito após a construção da árvore.

Fotografia 1: Árvore de Vínculos fixada na parede da USF.

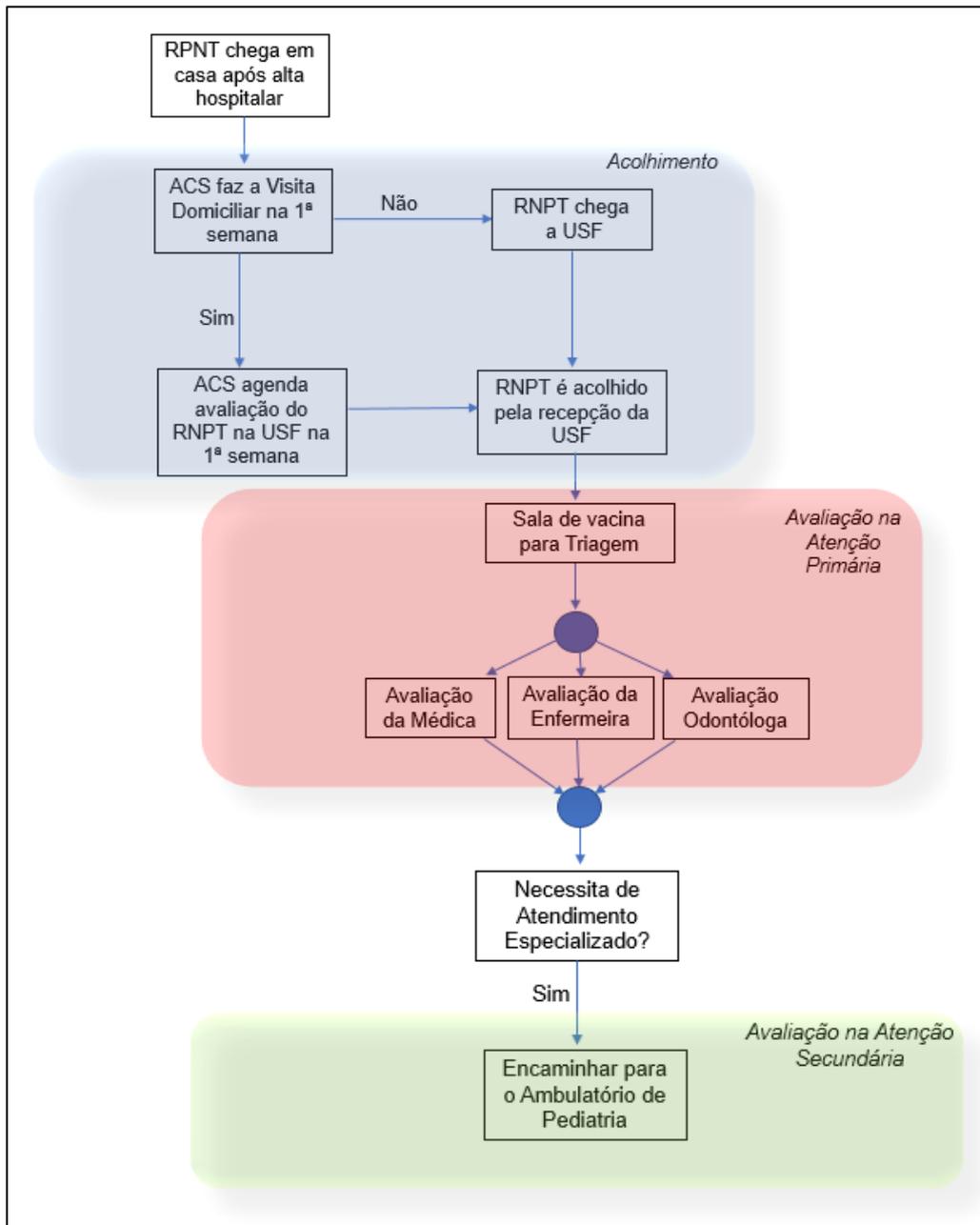


Fonte: Oriundos da sistematização de resultados: Trabalho de Campo (2022).

Após o momento descrito acima foi realizada a segunda atividade prática interativa do CG2. Os participantes foram convidados a pensar sobre a realidade do fluxo de encaminhamento do bebê prematuro dentro da USF e identificar seus possíveis fatores e determinantes, além de pactuar coletivamente a construção de um fluxo de encaminhamento para o RNPT. Assim, foi confeccionado coletivamente um fluxograma de encaminhamento, após ser validado por todos os participantes o mesmo foi fixado na parede da sala de reunião da unidade (Figura 5). Nesta figura que representa um fluxo pactuado pela equipe, o acolhimento do RNPT e sua família inicia-se na primeira semana após a alta hospitalar pela visita domiciliar com o ACS, que agenda uma avaliação com a equipe na USF. Na chegada à unidade, o bebê é acolhido pela equipe e conduzido para sala de vacinação onde ocorre a triagem, em seguida é avaliado pela enfermeira, médica e odontóloga. Em seguida, o RNPT é

encaminhado para o ambulatório de pediatria.

Figura 5: Fluxo pactuado pela equipe para o encaminhamento do RNPT na unidade.



Fonte: Oriundos da sistematização de resultados: Trabalho de Campo (2022).

Para concretizar os objetivos definidos para o GC2, os participantes foram convidados a refletirem sobre as melhores estratégias que poderiam ser adotadas para aprimorar o cuidado ao RNPT e quais os conteúdos fundamentais que necessitam de aprimoramento junto à equipe. Como produto deste debate obteve-se as seguintes indicações: em relação às estratégias, os

participantes sinalizaram a necessidade de terem um manual informativo sobre os cuidados com o RNPT, inclusive elencaram os temas fundamentais que deveriam ser abordados (Quadro 3). Ressaltaram, ainda, que deveria ser em formato digital e de fácil acesso por meio de celular ou tablet. Quanto aos conteúdos de engasgo e amamentação do RNPT, a sugestão foi a realização de uma oficina prática de habilidades sobre amamentação e engasgo do RNPT.

Quadro 3: Conteúdos fundamentais que necessitam de aprimoramento, selecionados pelos participantes.

Cuidados com a higiene do bebê prematuro
Introdução alimentar para o RNPT
Aleitamento materno
Calendário de Vacinação do RNPT
Reações as vacinas em bebês prematuros
Engasgo do RNPT
Suplementação de vitaminas e minerais para o RNPT
Refluxo
Manejo de cólicas
Higiene oral do bebê
Sono do bebê
Uso de fórmula infantil no bebê prematuro
Pesagem e medidas antropométricas do RNPT
Prevenção de infecções
Uso de cadeirinha para carro no RNPT
Idade corrigida para o RNPT
Posição para amamentação do RNPT para evitar engasgo
Anotações na caderneta da criança usando a idade corrigida
Sinais de risco ou alerta do bebê prematuro
Reunião com a família do RNPT para falar sobre como melhorar os vínculos
Entender e conhecer mais sobre as demandas do prematuro para poder orientar a família
Apoio emocional aos pais do RNPT
Disponibilidade da caderneta da criança para o acompanhamento
Conhecer as demandas de consultas do prematuro
Atendimento e avaliação do RNPT na consulta
Quando encaminhar o RNPT para o pediatra
Como avaliar e orientar o RNPT na visita domiciliar
Orientar a família sobre deficit neurológico
Exames de triagem neonatal

Fonte: Oriundos da sistematização de resultados: Trabalho de Campo (2022).

Abaixo encontra-se transcrita a fala da participante Chapeuzinho Vermelho ao referir-se ao formato do manual informativo:

Seria bom se eu pudesse ter no nosso tablet de agente, o que a gente preenche dados da visita, ou no nosso celular. Eu me sentiria mais segura para orientar a mãe e para

conhecer mais se tivesse esse manual que escolhemos. (CHAPEUZINHO VERMELHO, 2022).

Pica-pau complementa (2022): “Se o jeito que tiver escrito for de fácil entendimento, eu vou gostar. Tô muito precisando, para tirar dúvida quando a mãe me pergunta e não sei.[...] Vai ser bom ter no celular porque sempre tá com a gente na visita ou na rua”. Esta fala de Pica-pau, também, reflete uma das observações feitas pelos participantes sobre a formatação deste manual. Estes apontaram para a necessidade de ter um olhar atento com a linguagem empregada. Na visão do grupo, esta deveria ter como premissa a acessibilidade cognitiva visto que o manuseio do material informativo seria feito por trabalhadores da saúde com diferentes níveis de formação.

Outras questões sobre o manual também foram levantadas, tais como: dificuldade de acesso à internet em zona rural, ter conteúdo que contemple todos os níveis de cuidados pelos diferentes profissionais da equipe. Como traz a fala de Cascão (2022) sobre a preocupação em incluir um conteúdo voltado à saúde odontológica do bebê prematuro: “Seria muito bom se tivesse no manual um conteúdo da odonto para esses bebês, é difícil encontrar um material de saúde da família que inclua a saúde bucal.”

É importante registrar, neste momento, uma impressão do pesquisador em relação ao grupo de participantes deste estudo. Já no GC2 observou-se uma maior aproximação com o tema da prematuridade entre os participantes, alguns deles já expressam mudanças, especialmente, no que se refere aos estigmas ao prematuro que foram percebidos e relacionados como uma ação que pode enfraquecer o vínculo entre equipe e usuários. Conforme pode ser observado na fala a seguir:

Minha gente tava pensando como essas mães ficam quando traz o bebê para pesar e a gente fala, mesmo sem intenção, que o filho dela é uma coisinha miúda ou pequeno. Elas não devem ficar satisfeitas e nem deve confiar na gente. (MIDINHO, 2022).

Todos contribuíram na descrição das estratégias e dos conteúdos para serem trabalhados, bem como sobre o formato que as atividades deveriam ser desenvolvidas, enfatizando a importância em introduzir atividades práticas, como a que segue:

Muita gente colocou o assunto de engasgo, mas seria bom se tivesse uma prática. Como fazer se tiver um bebê engasgando? Porque essa semana morreu um prematuro por engasgo aqui no município. O senhor soube? (MINNIE, 2022).

No momento desse comentário vários participantes reafirmaram a necessidade de se trabalhar de forma mais prática as posições de amamentação para evitar engasgos e manobras de desengasgo no recém-nascido prematuro. Outra participante complementou: “Seria muito

bom mesmo, esses prematuros engasgam muito, principalmente, com leite materno. Não sei se tem alguma posição melhor para eles mamar e engasgar menos”. (CHIQUINHA, 2022).

Deste modo, pode-se sintetizar como demandas deste encontro do GC2 o seguinte: realização de uma oficina prática sobre amamentação e engasgo do RNPT, confecção de um manual informativo, a partir dos conteúdos indicados no Quadro 3. Ressalta-se, ainda, que estas duas ações se caracterizam como os produtos deste estudo, somadas aos GC que conforme já foi sinalizado, anteriormente, pela mobilização e adesão da equipe se constituíram, também, como momentos interativos de formação da equipe.

Logo após ocorrido o encontro do GC2, iniciou-se o planejamento de uma oficina prática para a equipe com os conteúdos: posições de amamentação e manobras de desengasgo para o RNPT. A oficina foi cadastrada na UFRB como projeto de extensão (Anexo A) denominada “Oficina de Habilidades em Amamentação para o Recém-nascido Prematuro e Engasgo”, com carga horária de 8 horas, com o objetivo de treinar de forma prática a eSF participante deste estudo sobre amamentação e engasgo do RNPT. O conteúdo programático foi: a importância do aleitamento materno para o bebê prematuro, principais dificuldades durante a amamentação do bebê prematuro, posições para amamentação do bebê prematuro, doença do refluxo gastroesofágico e manobras de desengasgo. Como referencial teórico dessa atividade foram utilizadas duas publicações de referência sobre as temáticas, quais sejam: American Heart Association (2012) e Brasil (2015).

No dia doze de setembro de 2022 foi realizada a oficina na sala de reunião da unidade, com a participação de vinte membros da equipe. As atividades foram totalmente práticas, com utilização de simuladores (bonecos com sistema de engasgo e próteses mamárias). Com o uso dos bebês simuladores de engasgo, os participantes tiveram a oportunidade de colocar objetos na orofaringe do boneco. Durante a execução das manobras de desengasgo eles conseguiram acompanhar se a manobra de fato estava efetiva. Sobre a posição de amamentação dos RNPT, os participantes puderam vestir a prótese das mamas e com os bonecos no colo treinaram as posições recomendadas para a amamentação do bebê prematuro com o intuito de diminuir e/ou evitar episódios de engasgo por leite materno. Como estão demonstrados nas Fotografias 2, 3, 4 e 5; a seguir:

Foto 2: Posição “cavalinho” para amamentação do RNPT



Fonte: Oficina de Habilidades em Amamentação e engasgo do RNPT. Autorização de uso da imagem.

Foto 3: Posição para amamentar RNPT gemelares



Fonte: Oficina de Habilidades em Amamentação e engasgo do RNPT. Autorização de uso da imagem.

Foto 4: Primeira Manobra de desengasgo



Fonte: Oficina de Habilidades em Amamentação e engasgo do RNPT. Autorização de uso da imagem.

Foto 5: Segunda Manobra de desengasgo



Fonte: Oficina de Habilidades em Amamentação e engasgo do RNPT. Autorização de uso da imagem.

Durante toda a oficina os participantes expressaram muita satisfação e comprometimento em praticar da atividade. Ao final, o pesquisador solicitou que o grupo relatasse como foi essa experiência, registrando essas falas no diário de campo. Alguns participantes relataram a importância daquele momento para salvar vidas, como demonstra essa fala de uma ACS:

Adorei esse curso, olha teve um óbito de um prematuro na cidade e se a colega agente da área do bebê tivesse passado para uma mãe essa manobra ou tivesse na hora do acontecido teria salvado a vida da criança. Que pena! (CHAPEUZINHO VERMELHO, 2022).

Outros profissionais relataram que se sentiram valorizados ao participarem de uma atividade que envolveu profissionais de diferentes níveis de conhecimento, conforme relatou: “Olha, pela primeira vez faço um curso junto com a médica e a enfermeira e me sinto importante porque entendi tudo e todos nós fizemos as mesmas coisas”. Outra participante complementou: “Muito obrigado, [...] eu também me sinto muito valorizada e mais segura se acontecer um engasgo. Antes eu não sabia fazer nada disso” (MÔNICA, 2022).

Como pesquisador e instrutor da oficina percebi a importância de atividades formativas envolvendo a participação de toda a equipe da USF, preservando, com isso, a diversidade de formações e experiências dos participantes. Foi notório que os trabalhadores/trabalhadoras se sentiram valorizados por estarem envolvidos na construção de um saber de forma coletiva. Outro fator relevante foi o fato dos participantes sentirem as suas demandas contempladas nos encontros subsequentes e que o processo de construção dos grupos de convergência envolveram questões do cotidiano da assistência ao RNPT na USF em tela. Esse processo formativo dialoga com metodologia PCA, com movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição das atividades a serem implementadas na prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

Para o desenvolvimento da formação dos trabalhadores e da organização do processo de trabalho em saúde na APS, é importante considerar que as atividades educativas estejam centradas no exercício cotidiano do trabalho, na articulação entre os diferentes atores e em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, construindo espaços formativos com práticas reflexivas, participativas e contínuas, voltados para as necessidades locais dos serviços e dos usuários (FERREIRA et al., 2019).

Assim, logo após a finalização do GC2 o pesquisador iniciou a confecção do manual informativo. Primeiramente, foram selecionadas as referências bibliográficas⁷ que contemplassem os conteúdos apontados pelos participantes. Em seguida realizou-se a produção editorial e “design” gráfico do manual na plataforma Canva Pty Ltd, utilizando seus elementos gráficos, figuras e fotografias de domínio público. Esse manual foi elaborado no formato PDF (Portable Document Format) que é um formato de arquivo desenvolvido pela “Adobe Systems” para representar documentos de maneira independente do aplicativo, “hardware” e sistema operacional usados para criá-los. A maior vantagem a respeito desse formato é a possibilidade de apresentar textos e imagens que permitam uma maior interatividade com o leitor, como: o aumento do tamanho da fonte de letras e figuras, a procura e localização por palavras chaves ou conteúdos no texto, facilitando o acesso à leitura e disponibilidade de “links” de leituras complementares. Porém, existe algumas vantagens e desvantagens da utilização de um material educativo digital, elas estão colocadas no Quadro 4:

⁷ Referências que foram utilizadas: Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Imunologia e outras literaturas relevantes (BRASIL, 2012, 2014, 2015, 2016, 2017a; SBIM, 2022; SILVEIRA, 2021).

Quadro 4: Vantagens e Desvantagens de material informativo em formato de mídia digital.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
Pesquisa rápida	Preferência do leitor pelo formato impresso
Navegação entre textos	Incompatibilidade entre os formatos do livro eletrônico e aparelhos
Aparelho leve	Leitura cansativa
Sustentabilidade - Economia de papel	Intermediação de aparelho de leitura
Após salvo no aparelho não necessita de internet para leitura	Obsolescência tecnológica
Ajuste de tamanho e tipo de fonte	Acesso à internet para baixar o manual no aparelho
Criação de Biblioteca Pessoal	Incerteza sobre preservação de dados em formato digital
Baixo ou nenhum custo financeiro	Possibilidade de aumento da pirataria, plágio e falsificação
Não estar suscetível a deterioração	Necessidade de recarregar a bateria do aparelho leitor
Facilmente portátil	Analfabetismo tecnológico
Pode ser salvo em drives digitais fora do aparelho (nuvens)	Dúvidas sobre o futuro do direito autoral
Fácil de compartilhar com outros aparelhos	
Interativo e colorido	
Pode trazer links para leituras complementares	
Compatibilidade com diversos aparelhos	
Facilidade de difusão	

Fonte: PROCÓPIO (2010, p.150-153. Adaptado).

O encontro do GC3 foi desenvolvido seguindo o roteiro específico (Apêndice F). Este teve como objetivo apresentar, discutir e validar junto a equipe o material informativo digital escolhido pela equipe, como forma de estratégia para o aprimorar o cuidado ao RNPT. Estiveram presentes nesse encontro vinte participantes. Desde o início do encontro já era notório a expectativa do grupo para a verificação manual.

Assim, foi apresentado à equipe o Manual de Cuidados com o Bebê Prematuro: Orientações para Trabalhadores da Atenção Primária a Saúde (Apêndice G). O manual foi disponibilizado para os participantes do grupo de convergência 3, também, por meio do aplicativo “WhatsApp”, assim todos puderam experienciar seu manuseio no próprio celular. Outra forma de disseminação do manual informativo foi a construção de um “site”

(<https://63962d8d53362.site123.me/>) para hospedar o manual de forma gratuita, disponibilizando seu acesso a qualquer momento e por qualquer pessoa com acesso à internet, e facilitando sua localização por meio de pesquisar em “sites” de busca sobre o tema. O acesso ao “site” também se dá por leitura do Código QR (“Quick Response” em português resposta rápida), representado na Figura 6.

Figura 6 – Código QR de acesso ao site de hospedagem do Manual de Cuidados com o Bebê Prematuro: Orientações para Trabalhadores da Atenção Primária a Saúde.



Fonte: Construção própria do autor (2022).

Observou-se os seguintes sentimentos dos participantes no momento de manuseio do manual no aplicativo durante a realização do GC3: curiosidade, disponibilidade de acessá-lo, envolvimento, satisfação e interação. Algumas falas desse momento foram registradas em diário de campo, como: “Muito bom mesmo doutor, olha esse aqui a posição de colocar no peito, vai dar para mostrar a foto às mães.” (ELZA, 2022). “Fácil gostei, posso levar para a visita domiciliar na roça.” (CEBOLINHA, 2022). “Agora consigo pelo menos informar à mãe o que pode fazer com o bebê se ela fizer uma pergunta na recepção.” (EMÍLIA, 2022).

Alguns identificaram conteúdos sugeridos pelo grupo, demonstrando assim a participação ativa do grupo na confecção do material informativo, como pode ser visualizado na fala abaixo:

Tem um link que dá para baixar a caderneta de vacina e enviar para a mãe. A gente até pediu isso. Muito obrigado, doutor. Tava precisando mesmo, tem mais de ano que não vem mais a caderneta de vacina da criança. Veio até as reações com as vacinas, esse bebês prematuros tem muita reação, isso é importante da gente saber para passar também. (SHREK 2022).

Esse reconhecimento de um material informativo digital por parte de trabalhadores e profissionais de saúde é uma fase importante para sua incorporação na prática profissional, melhorando assim, a qualidade da atenção (BRASIL, 2009).

Frente a pergunta de uma das participantes do GC3: “Doutor gostei muito, posso enviar para o zap da colega da outra unidade [USF] Parteira Sofia?” (Elza 2022) percebeu-se o potencial de ampliação desse material para profissionais de outras eSF. Isso encontra correlação com a etapa do Processo de Transferência da PCA, em que as autoras também consideram como resultado dessa metodologia o processo de reprodutibilidade e difusão dos resultados para outras realidades (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). O grupo percorreu o caminho metodológico da PCA e em cada encontro do grupo de convergência a equipe foi mobilizada, pela pedagogia da problematização, a repensar sobre o que foi produzido no encontro anterior e a construir proposições e estratégias para qualificar o cuidado ao RNPT. Esses encontros não sintetizaram apenas na confecção de um manual, mas também fizeram parte de um processo formativo, de um enriquecimento técnico e cultural coletivo.

Ao final do encontro do GC3 foi fornecido a cada participante um questionário impresso (Apêndice H) para avaliação do manual. Os participantes tiveram oito dias para responderem e devolverem ao pesquisador os questionários preenchidos. Para a confecção desse questionário de avaliação foram utilizados referenciais com base na Norma ISO 9241-11, Parte 11: Orientação sobre usabilidade, que dispõem sobre a avaliação de material didático digital buscando a integração entre aprendizagem e a usabilidade do material digital (JOKELA et al. 2003; GODOI; PADOVANI, p.446 .2009).

Sobre a abordagem de avaliação de um material didático digital no contexto educacional o autor complementa: “ Desta forma, pode-se inferir que a avaliação de material didático digital é uma tarefa complexa e deve ser efetuada tanto na fase de desenvolvimento quanto na fase de utilização [...]” (GODOI; PADOVANI, 2009, p.446). Reforçando o entendimento de que não se tem um único momento de avaliação e, sim, esse manual deve estar periodicamente sendo avaliado para possíveis melhorias, principalmente por se tratar de um conteúdo da área de saúde que constantemente passa por atualizações. Evita-se, assim, que deixe de trazer contribuições para o(a) usuário (a) e para os trabalhadores e profissionais de saúde, devido à falta de revisões mínimas necessárias em suas edições (BRASIL, 2009).

A análise das respostas dos participantes ao questionário de avaliação do material informativo permitiu verificar que, para a maioria das questões propostas no instrumento de avaliação do manual, houve concordância para 91% dos participantes deste estudo. Somente para dois itens avaliados não houve unanimidade, foram eles: "interação do texto e/ou das figuras com o leitor, levando-o a refletir sobre o tema, mudança de comportamento e desenvolvimento de habilidades" e "adequação cultural das imagens e exemplos". Nestes dois itens, 9% dos participantes assinalaram "não sei", sem, contudo, expressar sugestões para o manual informativo.

O trabalho contínuo de avaliação centrada no usuário pode ser uma boa estratégia para assegurar a qualidade de um material educativo digital e o pesquisador deve participar do contexto de avaliação como usuário direto e indireto (GODOI; PADOVANI, 2009).

Observou-se uma mobilização de todos no processo de construção dessa estratégia e na disponibilidade do grupo em incorporá-la na sua assistência ao RNPT. Dialogando com a produção de conhecimento dentro do método PCA, foi preciso que todos os participantes deste estudo passassem por um processo de desconstrução, construção e reconstrução de conceitos. Destaca-se que os saberes dos profissionais e trabalhadores de saúde foram mobilizados com o intuito de incorporar os achados deste estudo à sua práxis, e reconstruir sua forma de cuidado ao RNPT.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que o recém-nascido prematuro tenha maior perspectiva de sobreviver e se desenvolver plenamente depende, dentre outros fatores, de cuidados que atendam às suas demandas específicas. A prematuridade é um problema mundial de saúde pública e repercute significativamente na taxa de morbimortalidade infantil. No Brasil a prematuridade é a principal causa de morte em crianças nos primeiros cinco anos de vida. Políticas públicas nacionais instituídas nos últimos vinte e dois anos vem buscando transformar a forma do cuidado com o RNPT e, assim, firmar um espaço para a humanização desse cuidado. O envolvimento da Estratégia de Saúde da Família tem sido cada vez mais imprescindível nessa assistência, de modo a garantir a integralidade da assistência ao RNPT na APS, após a alta hospitalar. Destaca-se que a prematuridade é um problema de elevada magnitude, especialmente, no estado da Bahia que apresenta altos índices de mortalidade, conforme descrito na introdução deste estudo.

Considerando este cenário, o pesquisador e pediatra atuante na APS foi afetado por questões referentes aos fatores que interagem no cuidado ao recém-nascido prematuro em uma USF e mobilizou-se a realizar uma investigação que permitisse identificar esses fatores, ao passo que favorecesse a construção de estratégias à resolução de eventuais fragilidades na assistência. Sendo assim, este estudo objetivou construir de forma convergente estratégias voltadas à qualificação do cuidado ao recém-nascido prematuro em uma USF. Para se alcançar esse propósito foi escolhido uma metodologia convergente assistencial que pressupõe uma interação constante entre pesquisa e assistência, com a finalidade de promover mudanças na prática assistencial. A PCA também estabelece que o pesquisador esteja imerso no campo de pesquisa, e toda produção de conhecimento tenha a coparticipação entre o pesquisador e os participantes.

Deste modo, os resultados sistematizados neste estudo apontaram para uma incipiente instituição da terceira etapa do Método Canguru na realidade estudada, o não reconhecimento pelos participantes de um fluxo de atendimento e encaminhamento do RNPT na ESF e na RAS, a falta de conhecimento sobre os cuidados com o RNPT, demandando a necessidade de processos formativos, uma desorganização do serviço para o atendimento ao RNPT na RAS da macrorregião, a falha na comunicação entre os diferentes níveis de atenção, dificuldades de estabelecer vínculos entre a eSF e a família do bebê prematuro e, a falta de responsabilidade sanitária da ESF/APS no acompanhamento dos itinerários terapêuticos do RNPT.

Durante a realização dos Grupos de Convergência foram construídos saberes a partir de discussões e reflexões dos participantes da pesquisa, constituindo-os como processos

formativos transversais, tal como preconiza a PCA. Em consonância com essa premissa, o desenvolvimento dos GC pode contribuir para a qualificação do cuidado no contexto do estudo. Neste ponto, se apresenta outra vantagem do método escolhido para este estudo, qual seja, a pesquisa ocorre ao lado da qualificação da assistência. A partir dessa convergência entre pesquisa e práxis também surgiram outros produtos, que serão apresentados a seguir:

i) Os resultados da pesquisa foram disparadores para a pactuação e organização por parte da eSF de um Fluxograma de Atendimento e Encaminhamento do RNPT na ESF/APS, contribuindo, assim, para a não peregrinação do RNPT e sua família na RAS. Essa é uma estratégia que estreita as relações entre os profissionais de saúde e a família e entre os níveis de atenção, articulando o cuidado em rede.

ii) A construção de uma Árvore de Vínculos produzida pelos participantes por meio de ferramenta pedagógica que favoreceu o reconhecimento de fatores que fortalecem e/ou dificultam o vínculo entre a equipe e as famílias de bebês prematuros, possibilitando reflexões do grupo sobre o significado do vínculo e seus efeitos no cuidado ao RNPT.

iii) A produção de uma Oficina de habilidades em amamentação e engasgo do RNPT, que se constituiu em um processo formativo de aprimoramento de habilidades, com o objetivo de treinar os participantes sobre posições de aleitamento materno para amenizar a ocorrência de engasgos durante a mamada e manobras de desengasgo para o RNPT.

iv) A confecção de um manual informativo por meio digital sobre os cuidados com o RNPT, intitulado: Manual de Cuidados com o Bebê Prematuro: Orientações para os Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. Esta foi a estratégia escolhida pelos participantes deste estudo, os quais também apontaram o conteúdo fundamental desse material, a partir de suas dúvidas, percepções, dificuldades e experiências durante a assistência ao bebê prematuro, bem como a formação como pediatra do autor. Com a elaboração desse material, espera-se contribuir com informações úteis, científicas, de qualidade e de rápido acesso para que os trabalhadores da APS possam aprimorar o cuidado ao bebê prematuro, refletindo, assim, na melhoria da qualidade de vida desse bebê e de sua família, e na redução da mortalidade infantil nessa faixa etária.

v) A construção de um “site” para hospedar o manual informativo com o objetivo de facilitar a publicização do manual, disponibilizando seu acesso gratuito a qualquer momento e por qualquer pessoa com acesso à internet e, ainda, facilitando sua localização por meio de pesquisar em “sites” de busca sobre o tema.

vi) Produção do Capítulo: Cuidado ao Recém-nascido Prematuro na Atenção Básica à Saúde; a ser publicado no e-book: Saúde da Família em Terras Baianas II (ANEXO B). Uma

revisão integrativa para maior aproximação com o tema.

Face a essas considerações, o pesquisador ao revisitar seus pressupostos no início desse estudo, que projetava como estratégia ao final do mesmo a confecção de um produto educativo, reconhece que houve a construção transversal e contínua de processos formativos ao longo da pesquisa. Isso foi possível em virtude da dinâmica proporcionada pela metodologia empregada neste estudo, que possibilitou interação entre o grupo e entre pesquisador-grupo, facilitando o olhar ampliado da equipe para a realidade assistencial de modo a identificar lacunas e possibilidades de solução. Sendo assim, ressalta-se a potência da metodologia que permitiu uma reprogramação dos movimentos de (re)construção de saberes coletivos.

Ademais, ficou constatado que a construção de estratégias para qualificar o cuidado ao RNPT junto aos trabalhadores da USF é um caminho possível para a aquisição e incorporação por parte dos trabalhadores de mudanças na prática assistencial, visando uma APS acolhedora, resolutiva e que garanta a integralidade da assistência ao prematuro e sua família e, conseqüentemente, impactando no quadro de morbimortalidade infantil.

Sugere-se a implantação do Método Canguru (terceira etapa) na APS e a realização de oficinas de habilidades de acordo com as necessidades de distintas realidades. Também é possível reconhecer o potencial de utilização do manual informativo entre os trabalhadores de saúde da APS de outros contextos.

Portanto, este estudo cumpriu com seus objetivos, resguardando, obviamente, as limitações relativas a amostra e aplicabilidade desse processo em realidades distintas. Nesse sentido, faz-se necessária a implementação de outras pesquisas que superem as limitações deste estudo, de modo a incluir no processo de discussão cuidadoras/cuidadores de RNPT e gestão da APS, com a intenção de qualificar o cuidado ao RNPT na ESF/APS.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. DOS P. et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 224–232, 2015.

_____. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1–7, 2017.

ALMEIDA A.C, JESUS A.C.P, LIMA P.F.T, ARAÚJO M.F.M, ARAÚJO T.M. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Revista Gaúcha Enfermagem**. 2012 jun;33(2):86-94.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. **Pediatric Advanced Life Support – PALS: Manual do Profissional**. São Paulo: Sesi, 2012, p.1-281.

ANDRADE, A. D. N. et al. Processo de trabalho e planejamento das ações de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 10, p. 2564, out. 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo / Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro**. 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

_____. _____. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70 Brasil. 2002, 226p.

BARROS, F. C. et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: Secondary analyses of national birth registration. **BMJ Open**, v. 8, n. 8, p. 1–9, 2018.

BEECKMAN K, LOUCKX F, DOWNE S, PUTMAN K. The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. **European Journal of Public Health**. 2013 Jun;23(3):366-71.

BITTENCOURT, S. D. DE A. et al. Nascer no Brasil continuity of care during pregnancy and postpartum period for women and newborns. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 11, 20 nov. 2020.

BLENCOWE H, COUSENS S, OESTERGAARD MZ, CHOU D, MOLLER A-B, NARWAL R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **Lancet**. 2012; 379: 2162-72.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília : CONASS, p.248. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. 1ª edição. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata**. 9ª ed. Brasília: Edições Câmara, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 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: Ministério da Saúde, 2010b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. 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**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1. 2014.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica : cuidado compartilhado**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n° 2, de 28 de Setembro de 2017**. 2017b. Disponível em : https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 08 outubro 2022.

_____. 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 : Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 174 p. : il. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Manual-CRIE-2019.pdf>. Acesso em 08 outubro 2022.

_____, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. DATASUS: Estatísticas vitais**. 2020a. Disponível:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acessado em: 3 de novembro 2020.

_____. Ministério da Saúde. SVS/DASIS – **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. 2020b. Disponível: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sistema-de>

[informacao-sobre-nascidos-vivos-sinasc-1996-a-2020/resource/7a139c1b-a4b0-4967-a94c-33a5dfae667b](https://sinasc.saude.gov.br/informacao-sobre-nascidos-vivos-sinasc-1996-a-2020/resource/7a139c1b-a4b0-4967-a94c-33a5dfae667b)>. Acessado em: 3 de novembro 2020.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – COVID-19**. Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

CALVO, M. C. M.; MAGAJEWSKI, F. R. L.; ANDRADE, S. R. DE. **Gestão e avaliação na atenção básica**. 3. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

CASCAES A.M, GAUCHE H, BARAMARCHI F.M, BORGES C.M, PERES K.G. Prematuridade e fatores associados no estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Caderno de Saúde Pública**. 2008 maio;24(5):1024-32.

CASTRO, A. C. O.; DUARTE, E. D.; DINIZ, I. A. Intervenção do enfermeiro as crianças atendidas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, p. 1–9, 2017.

CARMICHAEL, S. L. et al. Social disadvantage and the black-white disparity in spontaneous preterm delivery among California births. **PLoS ONE**, v. 12, n. 8, p. 1–12, 2017.

CHAWANPAIBOON, S. et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 1, p. e37–e46, 2019.

DANTAS, J. M. et al. Percepção das mães sobre a aplicabilidade do método canguru. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 11, p. 2944, nov. 2018.

FAVARO, L. C. et al. Nurse’S Perception on Assistance To Children With Special Health Needs in Primary Care. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020.

FERNANDES, K. G. et al. Perinatal Outcomes and Factors Associated with Ethnic Group in cases of Preterm Birth: The Multicenter Study on Preterm Birth in Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 43, n. 11, p. 811–819, 2021.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GAIVA, M. A.; MODES, P. S. S. DOS A.; STEVANATO, J. M. **Fatores Associados à Prematuridade: análise dos dados do Sistema de Informações sobre nascidos vivos**. v. 9, n. 12, p. 1110–1117, 2015.

GAIVA, M A M; RODRIGUES, E. C; TOSO, B.R.G.O; MANDETTA, M. A. **Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família**. São Paulo: Sociedade Brasileira dos

Enfermeiros Pediatras, 2021.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. 1ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

GLERIANO, J. S. et al. Atenção integral na percepção dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, 2019.

GODOI, K. A. PADOVANI, S. **Avaliação de material didático digital centrada no usuário: uma investigação de instrumentos passíveis de utilização por professores**. Produção, v. 19, n. 3, p. 445-457, 2009.

GUIMARÃES, E. A. DE A. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 1, p. 91–98, jan. 2017.

HENRIQUES, L. B. et al. Acurácia da determinação da idade gestacional no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 1–11, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/conceicao-do-almeida.html>>. Acesso em: 16 de junho 2021.

JANTSCH, L. B. et al. Health care network (dis)articulation in late and moderate prematurity. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, p. 1–9, 2021.

JOKELA, T. et al. **The standard of user-centered design and the standard definition of usability: analyzing ISO 13407 against ISO 9241-11**. In: Latin American Conference on Humancomputer Interaction, 1, 2003, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: PUC - Rio, 2003. p. 53-60

KASHIWAKURA, H. K.; GONÇALVES, A. DE O. Gastos e Infraestrutura Básica de Saúde em Municípios do Centro-oeste do Brasil: Um Estudo Exploratório. In: **Gestão do Trabalho, Educação e Saúde: Desafios Agudos e Crônicos - Volume 1**. [s.l.] Editora Científica Digital, 2021. p. 131–150.

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

LEAL, M. DO C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 1, p. 1–17, 2017.

_____. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, 2016.

LEAL, N. P. et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 941–950, mar. 2021.

- LOPES, S. A. V. DO A.; MENDES, C. M. C. Prematuridade e assistência pré-natal em Salvador
Prematurity and prenatal care in Salvador. **Rev. Ciências Médicas Biológicas**, p. 460–464, dez.
2013.
- LOPES, T. R. G. et al. Humanização dos cuidados ao recém-nascido no método canguru: Relato
de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 11, p. 4492–4497, nov. 2017.
- MACHADO, A. K. F.; MARMITT, L. P.; CESAR, J. A. Late preterm birth in the far south of
Brazil: A population based study. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 2,
p. 113–120, 2016.
- MARTINS, M. C. et al. Percepções de mães nutrizes ao vivenciarem a prematuridade na
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, 19 maio 2022.
- MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo:
Editora Atlas, 2003.
- MINAYO, C. DE SOUZA et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed.
Petrópolis: Editara Vozes, 2002.
- MONTEIRO, S., and VILLELA, W. comps. **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora
FIOCRUZ, 2013.
- MOURA, B. L. A. et al. Fatores associados à internação e à mortalidade neonatal em uma coorte
de recém-nascidos do Sistema Único de Saúde, no município de São Paulo. **Revista Brasileira
de Epidemiologia**, v. 23, p. 1–14, 2020.
- MOURA, M. Á. P. et al. Impacto da pandemia por COVID-19 na prevalência de casos de
prematuridade. **Nursing (São Paulo)**, v. 25, n. 292, p. 8646–8661, 5 set. 2022.
- NASCIMENTO, A. C. S. T. et al. Percepção da prematuridade por familiares na unidade
neonatal: estudo Transcultural. **Revista Cuidarte**, 2022.
- OLIVEIRA, B. L. C. A. DE; MOREIRA, J. P. L.; LUIZ, R. R. **A influência da Estratégia
Saúde da Família no uso de serviços de saúde por crianças no Brasil: análise com escore
de propensão dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Ciência & Saúde Coletiva**, abr.
2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401495&tlng=pt>. Acesso em: 15 junho 2021.
- OLIVEIRA, J. A. DE et al. **Continuidade do cuidado na prematuridade Saúde (Santa
Maria)**. Santa Maria, 2019.
- OLIVEIRA, L. L. DE et al. Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Revista da
Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 382–389, jun. 2016.
- OLIVEIRA, K. A. DE et al. Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão
sistemática com meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 26, 2 abr. 2018.
- OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. [Primary health care essential attributes and the

- family health strategy]. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66 Spec, p. 158–164, 2013.
- PAIVA, R. A. et al. Health manager's role: literature review. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, n. Supl 5, p. 181–184, 2018.
- PAULA, C. C. DE et al. Pesquisa convergente assistencial: produção de dados para revelação do diagnóstico de HIV para crianças e adolescentes. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, n. 10, p. 91, 18 abr. 2018.
- PAULA, S. DE et al. Análise do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças participantes de um programa mãe-bebê. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, p. 1–10, 2019.
- PILGER, C. H. et al. Vivências de mães de bebês prematuros: da gestação aos cuidados no domicílio. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 12, p. e5, 25 jul. 2022.
- PINHEIRO, J. M. F. et al. Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 243–252, jan. 2016.
- PROCÓPIO, E. **O livro na era digital: o mercado editorial e as mídias digitais**. São Paulo: Giz Editorial, 2010.
- RAMOS, H.A.C, CUMAN R.K.N. **Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental**. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 abr-jun;13(2):297-304.
- RANGANATHAN, R.; KHAN, A. M. Routine immunization services during the coronavirus (COVID-19) pandemic. **Indian Journal of Community Health**, v. 32, n. 2 (Supp), p. 236–239, 20 abr. 2020.
- REICHERT, A. P. S. et al. Terceira etapa do método canguru: experiência de mães e profissionais da atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. 1–7, 2021.
- _____. Repercussões da pandemia da Covid-19 no cuidado de lactentes nascidos prematuros. **Escola Anna Nery**, v. 26, n. spe, p. 1–9, 2022.
- RIEG, D. L. et al. Aplicação de procedimentos do planejamento estratégico situacional (PES) para estruturação de problemas no âmbito empresarial: estudos de casos múltiplos. **Gestão & Produção** [online]. 2014, v. 21, n. 2, pp. 417-431.
- SANTOS, W. M.; SOUZA, N. S. A árvore do conhecimento como instrumento para a promoção da saúde de adolescentes de um centro de atendimento socioeducativo (case). **Revista Contexto & Saúde**, p. 43–47, 2014.
- SBIM. Sociedade Brasileira de Imunizações. **Calendário de Vacina Prematuro**. v. 15, n. 2, p. 1–23, 2022.
- SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, n. e170627, p. 1–14, 2019.

SESAB. **Número de nascidos vivos, segundo semana de gestação detalhada. Estado da Bahia, 2019.** Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/nascimentos/>>. Acesso em: 4 de junho 2021.

_____. **Número de nascidos vivos, segundo semana de gestação detalhada. Estado da Bahia, 2022.** Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_REGIAO_SAUDEch.asp?REGIAO_SAUDE=Santo%20Ant%F4nio%20de%20Jesus>. Acesso em: 11 de agosto de 2022.

SILVA, M. S. et al. Acompanhamento Na Terceira Etapa Do Método Canguru: Desafios Na Articulação De Dois Níveis De Atenção. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 671–685, 2020a.

SILVA R. M. M; ZILLY A; NONOSE E. R. S; FONSECA L. M. M; MELLO D. F. Care opportunities for premature infants: Home visits and telephone support. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. 1–8, 2020b.

SILVA, M.V. B. et al. Evaluation of the third stage of the kangaroo method in primary health care / Avaliação da terceira etapa do método canguru na atenção primária a saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 14, p. 1–10, 15 jul. 2022.

SILVA, R. M. M.; MELLO, D. F. Qualidade do seguimento do bebê prematuro na rede de Atenção Primária à Saúde: guia “Qualiprematuro”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. suppl 2, p. 1–8, 2022.

SILVEIRA, M. F. et al. Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 992–1003, out. 2013.

SILVEIRA, R. C. **Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco.** São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/seguimento_prematuro_ok.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2021

SOLANO, L. DA C. et al. Corrdination of Care for Premature Newborns: Challenges for Primary Health Care. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1–8, 2019.

SPARLING J, MEUNIER K. Abecedarian: an early childhood education approach that has a rich history and a vibrant present. **Int J Early Child.** 2019;51(2):207-16. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s13158-019-00247-2>>. Acessado em: 20 de setembro de 2022.

STELMAK, A. P.; FREIRE, M. H. DE S. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru Share applicability recommended by kangaroo method. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 3, p. 795, 2017.

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. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 28, n. 1, p. e2018132, 2019.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa Convergente Assistencial:**

Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

_____. O método da Pesquisa Convergente Assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 1–10, 8 jan. 2017.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância Brasil. Consultoria: **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas.** [online]. Brasília: UNICEF Brasil; 2013. [citado em 05 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf.> Acessado em 22 de junho de 2021.

WHO. **Survive & thrive: Transforming care for every small and sick newborn.** Geneva: World Health Organization, v. 29. 2019.

_____. **Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations.** Geneva: World Health Organization, v. Available, n. March, p. 19–21, 2020.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS (ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA).

IDENTIFICAÇÃO

Nome fictício:

Idade:

Gênero:

Formação:

Qualificação profissional:

Tempo de atuação profissional:

Tempo de serviço na UBS:

PERGUNTAS

- 1) Como você percebe o cuidado ao recém-nascido prematuro prestado pela sua Equipe de Saúde da Família ?
- 2) Como você se sente ao cuidar de uma recém-nascido prematuro?
- 3) Me conte um pouco sobre sua experiência ao cuidar de um recém-nascido prematuro.
- 4) Você teria alguma sugestão para a organização do cuidado ao recém-nascido prematuro na sua equipe?

APÊNDICE B – RESULTADO DA ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

CATEGORIAS IDENTIFICADAS NAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS :

1. Experiência de Atendimento ao Recém -nascido Prematuro
2. Percepção do Cuidado ao Bebê Prematuro pela Equipe
3. Competência para o Cuidado com o Recém -nascido Prematuro
4. Percepção individual sobre o Recém -nascido Prematuro
5. Dificuldades no Atendimento ao Bebê Prematuro
6. Encaminhamentos do Recém -nascido Prematuro
7. Adjetivos usados no Recém-nascido Prematuro

1. Experiência de Atendimento ao Recém -nascido Prematuro

Sem Experiência 50%

Com Experiência 50%

9% - PRIORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PREMATURO NA ESF

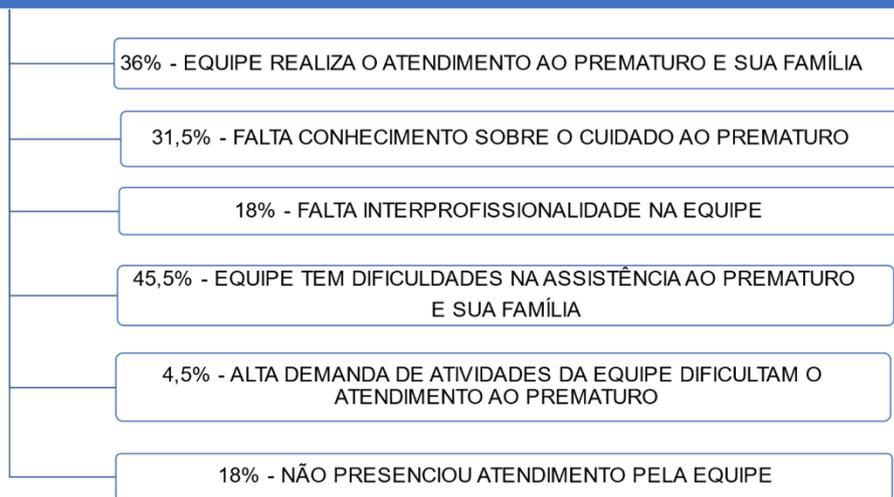
13,5% - ATENDIMENTO PERMEADO DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES

27% - OBSERVAÇÃO SOBRE O CUIDADO DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA AO BEBÊ PREMATURO

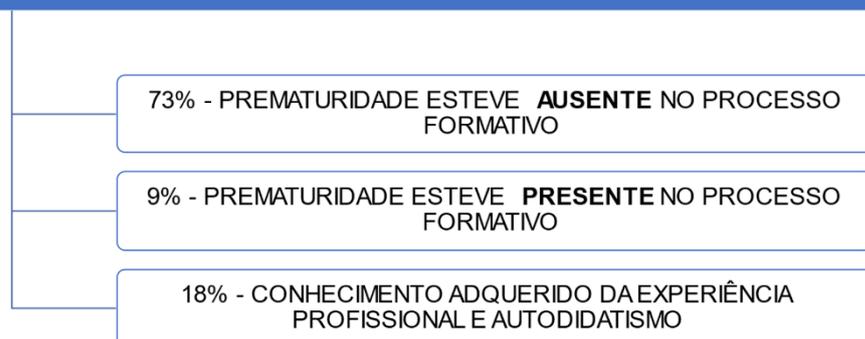
31,5% - POSSUI EXPERIÊNCIA NO CUIDADO AO PREMATURO E SUA FAMÍLIA

22% - DIFICULDADES EM ASSISTIR O PREMATURO E SUA FAMÍLIA NA ESF

2. Percepção do Cuidado ao Bebê Prematuro pela Equipe



3. Competência para o Cuidado com o Recém -nascido Prematuro



4. Percepção individual sobre o Recém-nascido Prematuro

45% - PREMATURO COMO UM BEBÊ COM NECESSIDADES DE CUIDADOS ESPECIAIS

50,5% - PREMATURO COMO UM BEBÊ DOENTE, FRÁGIL E IMATURO

4,5% - PREMATURO COMO UM VENCEDOR

5. Dificuldades no Atendimento ao Bebê Prematuro

45% - FALTA DE CONHECIMENTO DAS(OS) CUIDADORAS(OS) SOBRE O MANEJO COM O PREMATURO

40,5% - NÃO ACEITAÇÃO DOS PAIS SOBRE A PREMATURIDADE DO FILHO

27% - CRENÇAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO QUE REPERCUTE NA SUA FRAGILIDADE

40,5% - FALTA DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O CUIDADO AO PREMATURO

22,5% - INSUFICIENTE TRABALHO INTERPROFISSIONAL

27% - VULNERABILIDADE SOCIAL E ECONÔMICA DAS FAMÍLIAS

6. Encaminhamentos do Recém-nascido Prematuro

9% - NÃO REALIZAM ENCAMINHAMENTOS DO BEBÊ PREMATURO

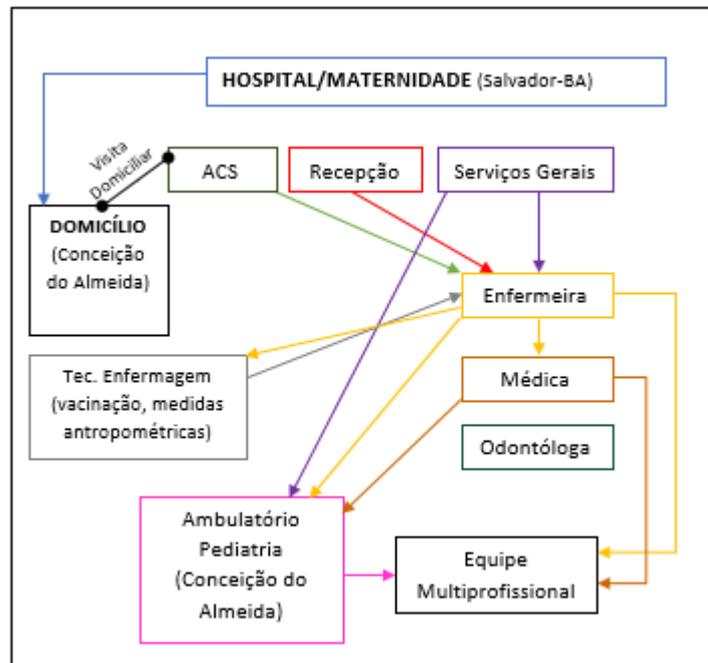
91% - REALIZAM ENCAMINHAMENTOS DO BEBÊ PREMATURO

9% - PRIORIZAM O ENCAMINHAMENTO DO BEBÊ PREMATURO

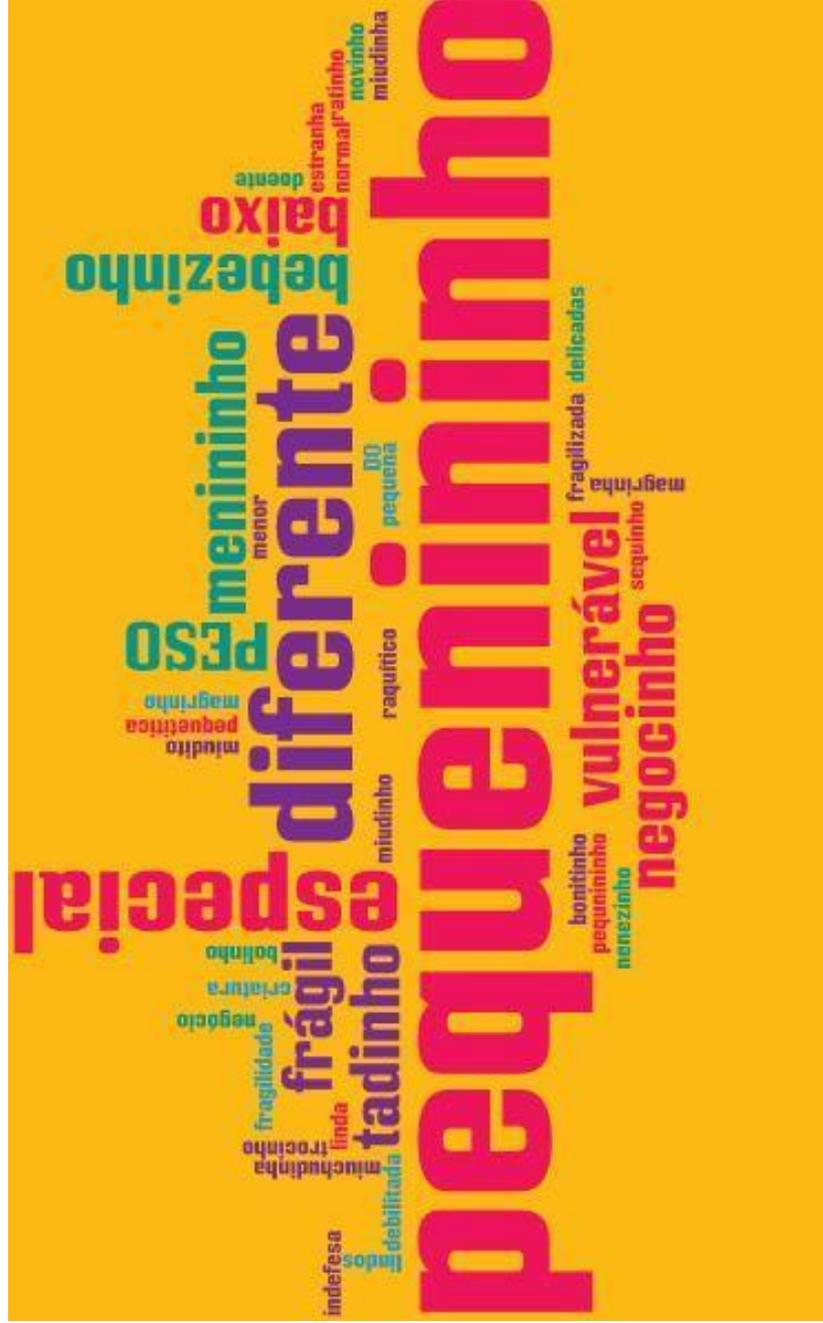
18% - DESCONHECIMENTO O FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DO PREMATURO NO SISTEMA SAÚDE

4,5% - ALTA DEMANDA DAS ATIVIDADES DA EQUIPE DIFICULTA O ENCAMINHAMENTO

Encaminhamento do recém-nascido prematuro pela eSF



7. Adjetivos usados no RNPT pela equipe



APÊNCIDE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Profissional, meu nome é Evandro de Oliveira Magalhães Filho, sou médico pediatra, mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB) e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“Construção de estratégias para qualificação do cuidado ao Recém-Nascido Prematuro na Estratégia de Saúde da Família: um estudo convergente-assistencial”**, que tem como Objetivo Investigativo: Identificar os fatores que interferem no cuidado ao recém-nascido prematuro em uma unidade de saúde da família de um município do recôncavo baiano. E como Objetivo Assistencial: Construir de forma convergente estratégias voltadas a qualificação do cuidado ao recém-nascido prematuro junto aos trabalhadores de uma unidade de saúde da família. A justificativa deste estudo está atrelada a prática profissional do pesquisador e sua busca para aperfeiçoar a assistência ao recém-nascido prematuro, durante as reuniões da própria Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Guilherme Trindade, foi apontada dificuldades no cuidado aos bebês prematuros e a equipe relata demonstrar interesse em melhorar a assistência ao recém-nascido prematuro. Apesar do reconhecimento por parte dos profissionais da equipe das dificuldades na assistência ao prematuro, até o momento a equipe não identificou quais são essas dificuldades e como modificá-las. Observo também questionamentos desta equipe sobre quais inovações seriam necessárias para melhoria dessa assistência. Neste sentido propomos: identificar os fatores que interferem no cuidado ao recém-nascido prematuro por essa Equipe de Saúde da Família e produzir junto a essa equipe a construção de estratégias para aprimorar o cuidado ao recém-nascido prematuro.

O critério de inclusão para os participantes desta pesquisa será ser trabalhador(a) de saúde da Equipe de Saúde da Família vinculado(a) à Unidade Básica de Saúde Guilherme Trindade no município de Conceição do Almeida, Bahia. E como critério de exclusão será o trabalhador de saúde que não fizer parte da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Guilherme Trindade em Conceição do Almeida, Bahia.

Você está sendo convidado(a) a integrar essa pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Você inicialmente será questionado (a) se aceita participar da pesquisa; a partir de então, você será direcionado(a) a uma sala reservada para que o pesquisador inicie uma conversa/entrevista sobre os fatores que interferem no cuidado ao recém-nascido prematuro na

sua prática profissional e o que você acha que pode ser aprimorado na sua assistência ao recém-nascido prematuro. Este momento levará um tempo médio de 45 a 90 minutos. Posteriormente teremos mais três encontros em grupo, com duração média de 90 a 120 minutos cada reunião, o primeiro encontro será no Grupo de Convergência 1 em que serão apresentados os resultados das entrevistas coletadas e discutiremos quais os elementos que dificultam e/ou precarizam a assistência ao bebê prematuro na unidade e o que é possível desenvolvermos para lidarmos com esses resultados com o objetivo de aprimorar o cuidado ao recém-nascido prematuro.

No segundo encontro no Grupo de Convergência 2 avaliaremos os resultados da reunião do primeiro grupo e refletiremos sobre as melhores estratégias para aprimorar o cuidado ao recém-nascido prematuro e discutiremos quais as melhores estratégias para nossa realidade. No Grupo de Convergência 3 avaliaremos os resultados da reunião do nosso segundo encontro e com base na síntese das etapas anteriores avaliaremos a estratégia apresentada pelo pesquisador com o objetivo de aprimorar o cuidado ao recém-nascido prematuro. Lembramos que o áudio desses encontros presenciais serão gravados pelo pesquisador por meio de um gravador de voz digital. Será garantido a você a não divulgação dessas gravações para assegurar o anonimato das informações, utilização de nomes fictícios ao fazer uso acadêmico dos dados coletados e a liberdade em desistir da pesquisa no momento em que desejar, sem prejuízo de suas atividades profissionais, sendo respeitada a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Além disso, asseguro que não haverá riscos decorrentes deste estudo, exceto um provável desconforto ao abordar situações que lembrem momentos pouco agradáveis ou constrangimento ao compartilhar experiências com outros colegas. Nestes instantes, você terá a liberdade de não querer se expressar, sem que isso lhe traga prejuízo, tanto na participação do estudo como em suas atividades laborais. Em caso de danos provenientes desta pesquisa (qualquer desconforto ou mal estar com a conversa), você terá assegurado o atendimento em serviço que possibilite minimizar comprometimentos na saúde mental. Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Você poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Esclarecemos que os riscos para participar dessa pesquisa são: Durante a entrevista você poderá sentir desconforto e/ou constrangimento ao falar sobre questões relativas ao trabalho, para minimizar este possível desconforto, a entrevista ocorrerá em lugar reservado

para o diálogo, e o direito à liberdade do participante para não responder as questões. Caso seja necessário, por consequência de algum desconforto psíquico ocasionado pelo estudo, será ofertado pelos pesquisadores, como forma de acompanhamento e assistência aos participantes, apoio psicológico remoto para minimização do risco. Se você sofrer qualquer desconforto psíquico relacionado ao estudo, será referenciado(a) pela orientadora ou pelo pesquisador responsável da pesquisa para o **Serviço de Psicologia do município no Ambulatório de Psicologia de Conceição do Almeida** que se localizada na UBS Guilherme Trindade, no endereço: Loteamento Maria Passos Coni s/n – Bairro Brasília, CEP: 44540-000, Conceição do Almeida – Bahia. Se você desejar também poderá solicitar o atendimento neste serviço pelo telefone (75) 3629-2372 ou e-mail: smscalmeida@gmail.com, pois o serviço de agendamento deste ambulatório já está ciente da nossa pesquisa e oferecerá apoio a você para fins de assistência e acompanhamento psicológico. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta ou retirar a autorização de participação deste estudo a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalidade, sem prejuízo em suas atividades profissionais, sem custo financeiro ou imposição. Sua participação nesta pesquisa tem caráter voluntário, contudo, se você se sentir prejudicado (a) por qualquer tipo de complicações e danos, terá o direito de buscar indenização e ressarcimento das despesas, diretamente decorrentes de sua participação, de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Esta pesquisa garantirá a preservação de dados em ambientes virtuais seguros, assim como a execução dela em ambiente seguro e reservado para o diálogo, e o direito a sua liberdade para não responder questões que julgue constrangedoras. Além disso, os dados estarão sempre devidamente codificados, sem expor a sua identidade, pois será empregado pseudônimos, você indicará um nome fictício de um personagem de qualquer desenho animado independente do gênero, e a descrição e análise dos dados não repercutirá na possibilidade de identifica-lo(a). Referente ao risco de vazamento das informações coletadas para a pesquisa, serão minimizadas após as gravações dos áudios por meio de um gravador de áudio digital do pesquisador da sua entrevista e dos encontros em grupo esses arquivos serão transferidos para um HD (Hard Disk) externo, ou seja, em disco rígido móvel de uso pessoal do pesquisador e com uso de senha de acesso aos arquivos, nesse HD externo também serão salvos todos os arquivos da pesquisa. Evitando assim, que os arquivos fiquem armazenados em dispositivos móveis (gravadores, smartphones) ou em nuvens “pools” lógicas de servidores da internet. As informações do banco de dados serão manuseadas apenas pelos pesquisadores deste estudo, os quais serão responsáveis por resguardar o sigilo, evitando assim possíveis danos aos participantes e usuários do serviço de saúde.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e os dados serão utilizados apenas com o objetivo de atender aos fins propostos pelo estudo, o qual será apresentado nos meios acadêmicos e científicos da área. Em função do momento de Pandemia pela Doença Corona Vírus 2019 (COVID-19) serão adotadas todas as medidas de precauções contra a transmissão do vírus em nossos encontros presenciais, seguiremos as recomendações das autoridades sanitárias locais e protocolos atualizados pela Organização Mundial de Saúde. Durante nossos encontros será necessário o uso de máscaras e o distanciamento de 1,5 metros entre todos os participantes e o pesquisador. Será disponibilizado pelo pesquisador em nossos encontros álcool gel 70% para o uso de todos. Ao início de cada encontro presencial você será orientado pelo pesquisador responsável sobre a presença de sintomas gripais como: tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga, dispneia, associados a cefaleia, prostração e falta de apetite (BRASIL, 2022). Se você estiver com algum desses sintomas gripais no momento dos nossos encontros (entrevista e Grupo de Convergência) poderá ter sua entrevista reagendada para 7 dias após o início dos sintomas, respeitando o período de isolamento determinado pelo Ministério da Saúde através do Guia de Vigilância Epidemiológico COVID-19 atualizado em sua 4ª edição em 2022.

Caso você apresente algum desses sintomas gripais no dia do nosso encontro em grupo você não precisará estar presente no encontro do Grupo de Convergência, podendo expor suas opiniões e ideias no encontro seguinte. Porém, caso você apresente algum sintoma gripal após algum dos nossos encontros presenciais poderá entrar em contato com os pesquisadores Evandro de Oliveira Magalhães Filho pelo telefone ou “WhatsApp” (71) 991353045 e E-mail: evandrofilho@ufrb.edu.br; a orientadora Profa. Dra. Micheli Dantas Soares pelo telefone ou WhatsApp (71) 91342371 ou pelo E-mail: michelid@ufrb.edu.br ou a coorientadora Profa. Dra. Luciana Alaide Alves Santana pelo telefone ou WhatsApp (71) 991342371 ou pelo E-mail: lualaide@ufrb.edu.br para que possa ser encaminhado(a) ao ambulatório municipal de sintomas gripais do Hospital Municipal de Conceição do Almeida – HMCA, localizado na Rua Rui Barbosa, Centro, Conceição do Almeida - BA, CEP:44540-000, telefone (75) 98290-6502, para triagem do COVID-19 e atendimento médico clínico, a unidade estará aberta 24 horas. Você também poderá se direcionar a própria unidade hospitalar que já está ciente da nossa pesquisa e oferecerá atendimento aos participantes deste estudo.

Esclarecemos que os benefícios para participar dessa pesquisa são: aquisição de conhecimentos sobre os cuidados ao recém-nascido prematuro por parte dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família, o ato de participar da entrevista e grupos de convergência também pode possibilitar sua autorreflexão acerca do processo de trabalho, o

acesso facilitado e disponível a qualquer momento desses profissionais de saúde as informações sobre a assistência ao bebê prematuro através de estratégias, qualificando a assistência prestada ao bebê prematuro. Espera-se também que os resultados que serão apresentados por esta pesquisa possam melhorar a qualidade de vida dos recém-nascidos prematuros e de suas famílias assistidas na Atenção Primária a Saúde. O desenvolvimento de estratégias possibilitarão o aprimoramento da assistência ao recém-nascido prematuro na Atenção Básica, podendo ajudar a gestão a projetar melhor assistência a esses bebês, planejamento adequado de atividades relacionadas a assistência infantil, além de possibilitar o desenvolvimento de ambientes que propiciem essa discussão e de novas pesquisas. Impactando positivamente nas taxas de morbimortalidade desse bebês. Também o estabelecimento de protocolos seguros de manejo clínico e condutas dos profissionais de saúde da ESF.

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis em portais e em periódicos científicos e serão de fácil acesso a você como participante e a toda comunidade científica.

Informo que os dados produzidos serão utilizados apenas com o objetivo de atender aos fins propostos pelo estudo, o qual será apresentado nos meios acadêmicos e científicos da área. As informações obtidas serão guardadas por um período de 05 anos, com acesso exclusivo das pesquisadoras sendo, depois desse prazo, destruídas.

Você receberá uma cópia deste termo, assinada pelo pesquisador, para guardar e retirar qualquer dúvida, outra cópia será arquivada pelo pesquisador responsável. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar e sua privacidade e confidencialidade serão preservadas (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

Em caso de dúvidas, quanto aos aspectos éticos da pesquisa, você também pode contactar o **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)**, localizado na Rua Rui Barbosa, nº 719, Centro (Prédio da Reitoria), Cruz das Almas – BA. CEP: 44380-000, Telefone: 3621-6850 / WhatsApp (75) 99969-0502, E-mail: eticaempesquisa@comissao.ufrb.edu.br, que aprovou este projeto.

Se tiver alguma dúvida adicional você pode entrar em contato com Página 4/6 pesquisadores desta pesquisa abaixo listados.

Contato dos Pesquisadores

Evandro de Oliveira Magalhães Filho - Pesquisador Responsável
<http://lattes.cnpq.br/0877576683299993>
Telefone/WhatsApp: (71) 991353045
E-mail: evandrofilho@ufrb.edu.br

Micheli Dantas Soares - Orientadora
<http://lattes.cnpq.br/2029782805801493>
 Telefone/WhatsApp: (71) 991342371
 E-mail: michelid@ufrb.edu.br

Luciana Alaide Alves Santana - Coorientadora
<http://lattes.cnpq.br/0312039416149586>
 Telefone/WhatsApp: (75) 999048280
 E-mail: lualaide@ufrb.edu.br

Eu, Evandro de Oliveira Magalhães Filho, pesquisador responsável por este estudo, estarei à disposição para esclarecer qualquer dúvida sobre esta pesquisa, intitulada: **“Construção de estratégias para qualificação do cuidado ao Recém-Nascido Prematuro na Estratégia de Saúde da Família: um estudo convergente-assistencial”**, e reafirmo meu compromisso com os participantes deste estudo e o cumprimento dos termos descritos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo e respeitando assim os preceitos profissionais e éticos exigidos com o objetivo de proteger os participantes desta pesquisa. Concordando com os termos descritos neste documento assino:

Assinatura do Pesquisador Responsável:_____.

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa: **“Construção de estratégias para qualificação do cuidado ao Recém-Nascido Prematuro na Estratégia de Saúde da Família: um estudo convergente-assistencial”**, e concordo em participar voluntariamente desta pesquisa, estando ciente de que os dados coletados serão utilizados para delineamento deste estudo, respeitando os preceitos profissionais e éticos exigidos.

Conceição do Almeida, ____ de _____ de 20__.

 Assinatura do participante

 Assinatura da Pesquisador Responsável:
 Evandro de Oliveira Magalhães Filho

Assinatura da Orientadora:
Micheli Dantas Soares

Assinatura da Coorientadora:
Luciana Alaide Alves Santana

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA O ENCONTRO DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA 1 (GC1)

I. Com base na análise das entrevistas realizadas, chegamos aos seguintes resultados:

II. DISCUSSÃO:

1. Como vocês avaliam esses resultados?

2. Quais os elementos que dificultam e/ou precarizam a assistência ao RNPT aqui na Unidade?

3. O que é possível desenvolvermos aqui na Unidade para lidarmos com esses resultados com o objetivo de aprimorar o cuidado ao RNPT?

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA O ENCONTRO DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA 2 (GC2)

I. Com base na análise das informações produzidas no Grupo de Convergência 1, chegamos aos seguintes resultados:

II. DISCUSSÃO:

1. Como vocês avaliam esses resultados?

1. Com foco na problematização sobre quais seriam as melhores estratégias para aprimorar o cuidado ao RNPT, quais os conteúdos fundamentais que precisam ser aprimorados?

2. Sobre a construção de estratégias para aprimorar o cuidado ao RNPT, qual a melhor estratégia sem aplicada na nossa realidade?

APÊNDICE F – ROTEIRO PARA O ENCONTRO DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA 3 (GC3)

I. Com base na análise das informações produzidas no Grupo de Convergência 2, chegamos aos seguintes resultados:

II. DISCUSSÃO:

1. Como vocês avaliam esses resultados?

2. Com base na síntese das etapas anteriores gostaria de apresentar a estratégia escolhida pelo grupo, o manual informativo, com o objetivo de aprimorar o cuidado ao RNPT. Como vocês avaliam esse manual?

**APÊNDICE G - MANUAL DE CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO:
ORIENTAÇÕES PARA TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**





Produção

Autor: Evandro de Oliveira Magalhães Filho

Produção Editorial e Desing Gráfico: Evandro de Oliveira Magalhães Filho

Elementos Gráficos e Fotos: Canva Pty Ltd.

Contato: evandrofilho@ufrb.edu.br



Ficha Catalográfica:

Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde – UFRB

M188 Magalhães Filho, Evandro de Oliveira

Manual de cuidados com o bebê prematuro [livro eletrônico] : orientações para trabalhadores da atenção primária à saúde / Evandro de Oliveira Magalhães Filho. – Santo Antônio de Jesus, BA, 2022.

40 p. : il.

Manual de orientações para os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde sobre os cuidados com o bebê prematuro, desenvolvido no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

1. Recém-nascidos - Cuidado e tratamento. 2. Recém-nascidos – Cuidados médicos. 3. Recém-nascidos - Nutrição. 4. Recém-nascidos - Saúde e higiene. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Centro de Ciências da Saúde. II. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. III. Título.

ISBN nº 978-65-00-60083-4

CDD : 649.122

Ficha elaborada por: Elaine Batista Sampaio CRB-5/1831





Apresentação

Esse é um manual de orientações para os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde - APS sobre os cuidados com bebê prematuro, desenvolvido no Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAUDE do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, que utilizou como metodologia a Pesquisa Convergente Assistencial - PCA, a qual integra pesquisa científica e o trabalho vivo no campo da prática assistencial.

O conteúdo selecionado para compor esse manual foi apontado pela própria equipe de saúde da família participante do estudo, a partir de suas dúvidas, percepções, dificuldades e experiências durante a assistência ao bebê prematuro, bem como a formação como pediatra do autor.

Com a elaboração desse material, esperamos contribuir com informações úteis, científicas, de qualidade e de rápido acesso para que os trabalhadores da APS possam aprimorar o cuidado ao bebê prematuro, refletindo, assim, na melhoria da qualidade de vida desse bebê e de sua família, e na redução da morbimortalidade infantil nessa faixa etária.



Sumário



1. Conhecendo o Recém-nascido Prematuro	~~~~~	4
2. Acompanhamento do Recém-nascido Prematuro pela Equipe de Saúde da Família	~~~~~	5
3. Suplementação de Vitaminas e Ferro para o Bebê Prematuro	~~~~~	8
4. Medidas Antropométricas	~~~~~	10
5. Visita Domiciliar ao Bebê Prematuro e a sua Família	~~~~~	11
6. Principais Orientações aos Pais sobre os Cuidados com o Bebê Prematuro	~~~~~	14
7. Aleitamento Materno do Bebê Prematuro	~~~~~	19
8. Alimentação do Recém- Nascido Prematuro	~~~~~	23
9. Refluxo	~~~~~	25
10. Engasgo	~~~~~	26
11. Identificando Sinais de Alerta e de Risco ao Bebê Prematuro	~~~~~	27
12. Calendário Nacional de Imunizações e Recomendações para Recém-nascidos Prematuro (2022-2023)	~~~~~	28
13. Triagens Neonatais Universais (TNU)	~~~~~	32
14. Saúde Bucal Do Bebê Prematuro	~~~~~	37
Referências	~~~~~	40

1. Conhecendo o Recém-nascido Prematuro

O recém-nascido prematuro ou também chamado recém-nascido pré-termo (RNPT) é o bebê nascido com menos de 37 semanas de gestação (menos de 259 dias).

Classificação:

- Pré-termo tardio (nascido entre 34 e 36 semanas e 6 dias);
- Pré-termo moderado (nascido entre 28 e menos de 34 semanas);
- Pré-termo extremo (nascido abaixo de 28 semanas) (BRASIL, 2016).

Saiba mais sobre as características específicas do crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro e seu seguimento na Atenção Primária à Saúde - APS, clicando no link abaixo:


Mortalidade e o risco de sequelas em longo prazo são tanto maiores quanto menor for a idade gestacional do recém-nascido.



2. Acompanhamento do Recém-nascido Prematuro pela Equipe de Saúde da Família

A vigilância do desenvolvimento do bebê prematuro pelas Equipes da Atenção Básica é de fundamental importância, pois os prematuros são vulneráveis a um amplo espectro de morbidades. Esse acompanhamento em casa de forma continuada e adequada garante a continuidade da assistência após a alta hospitalar.

Para isso é importante a pactuação desse acompanhamento entre os membros da Equipe de Saúde da Família, utilizando o esquema de consulta recomendado pelo Ministério da Saúde para o bebê prematuro.

Esquema de Consultas Recomendada para o Bebê Prematuro



Fonte: (BRASIL, 2014, p. 134; SILVEIRA, 2012, p. 6)



Reconheça e valorize as necessidades do bebê prematuro. A prematuridade é ainda importante causa de mortalidade neonatal no Brasil.

Diretrizes Gerais para Detecção de Sinais de Alerta para Alterações do Desenvolvimento Infantil na APS

Neuro - Desenvolvimento	6 meses	9 meses	12 meses	18 meses	2 anos	3 anos
Socioemocional	Não sorri ou emite sons em resposta às pessoas.	Não compartilha prazer com outros utilizando contato ocular ou expressão facial.	Não percebe pessoas estranhas. Não joga utilizando turnos, como no esconde ou jogando bola.	Falta de interesse em jogar ou interagir com outras pessoas.	Quando brinca prefere atrair, bater em vez de fazer uso funcional dos objetos (como ninar boneca)	Não apresenta interesse em outras pessoas ou em jogar simbólicos.
Ausência de contato visual ou contato limitado						
Comunicação	Não começa a balbuciar	Não utiliza gestos (dar adeus, apontar) Não balbucia, não utiliza duas consoantes(baba)	Não balbucia frases que soam como conversa. Não responde a sons familiares	Não fala palavras claras. Não consegue entender comandos simples (Onde tá a bola?)	Não fala 50 palavras no mínimo. Não junta duas palavras (Quero água)	Dificuldade em se entender o que fala. Não utiliza sentença simples.
Motor Fino e Cognição	Não alcança ou segura objetos. Mãos frequentemente fechadas	Incapaz de segurar ou largar objetos de sua mão Não consegue transferir objetos de uma mão para a outra	A alimentação que aceita é mais líquida ou em forma de purê. Não consegue mastigar. Não consegue pegar objetos utilizando o dedo indicador	Não segura ou não rabisca com lápis. Não faz torres com os blocos.	Não se interessa em atividades de autocuidado (vestir-se ou alimentar-se)	Umicuidade em ajudar nas atividades de autocuidado. Dificuldade de manipular objetos pequenos.
Motor Grosso	Não rola. Não mantém cabeça e tronco elevados.	Não senta sem suporte. Não arrasta ou engatinha.	Não engatinha ou se arrasta de nádegas. Não se puxa para ficar em pé.	Não tenta caminha sem suporte. Não fica parado sozinho.	Não consegue correr. Não consegue subir escadas com apoio	Não corre bem. Não consegue subir e descer escadas.

Fonte: (BRASIL, 2015, p. 269, adaptado).



O crescimento é a resultante tanto dos potenciais genéticos quanto das condições nutricionais que envolvem o feto e o recém-nascido e pode ser influenciado também pelas doenças associadas às condições perinatais, além das condições ambientais." (BRASIL, 2015, p. 187)



Idade Corrigida Para O Prematuro:

É um "ajuste" para sabermos que idade o recém-nascido prematuro teria se tivesse nascido a termo, o que nos ajuda a acompanhar seu crescimento e seu desenvolvimento, de acordo com sua idade maturativa.

-  É calculada descontando da idade cronológica do bebê as semanas que ele nasceu antes do termo.
-  Idade corrigida é utilizada geralmente até 2 anos de idade e até 3 anos, se a idade gestacional for menor do que 28 semanas.
-  Para a correção da idade gestacional, pode-se considerar 40 semanas como o ponto zero na Caderneta de Saúde da Criança.

Fonte: (BRASIL, 2015, p. 9, adaptado)



Fluxograma de Atendimento na Consulta ao Prematuro (Ordem Relativa De Prioridades)

- A) Avalie o risco do bebê mediante a análise da Caderneta de Saúde da Criança, do Cartão da Gestante e da história neonatal. Verifique se foi realizado o teste do pezinho (entre o 3º e 7º dia de vida da criança) e a triagem neonatal.
- B) Classifique o risco com o levantamento da história familiar e socioeconômica.
- C) Detecte as potencialidades e os prováveis problemas na família em relação ao cuidado físico e afetivo com o bebê.
- D) Confira os exames de triagem: teste da orelhinha, teste do pezinho, reflexo vermelho.
- E) Identifique, no resumo relatos de doenças, complicações ao nascimento e convulsões, assim como a presença de malformações congênitas, síndromes ou alterações da visão/audição e do exame neuropsicomotor => a presença dessas intercorrências demanda seguimento especializado.
- F) Para os lactentes com IG <= 32 semanas e/ou PN = < 1.500 g, cheque: ultrassonografia transfontanela "moleira", ecocardiograma e avaliação de fundo de olho, e se realizou exames para investigação de anemia e doenças ósseas.
- G) Classifique o risco e programe se é necessário o seguimento especializado.
- H) Avalie a necessidade de repetir ou solicitar novos exames
- I) Cheque o calendário vacinal e as especificações do prematuro.
- J) Pergunte à mãe questões sobre medicações em uso, intercorrências clínicas e/ou internações.
- K) Avalie a alimentação: oriente e estimule o aleitamento materno e corrija os erros alimentares.
- L) Pese e meça o peso (sem roupa), o comprimento e o perímetro cefálico (PC): coloque os dados na curva usando a idade corrigida.
- M) Durante o exame físico, busque a presença de sinais mais comuns no lactente prematuro e que demandem seguimento, tais como: refluxo gastroesofágico, sibilâncias, hérnia inguinal, tremores, alteração de formato craniano e PC, convergência do olhar, alterações de tônus muscular, postura e movimentação, entre outros.
- N) Avalie o desenvolvimento: confira as etapas do desenvolvimento por intermédio da tabela na Caderneta de Saúde da Criança.
- O) Avalie a necessidade de consulta com especialistas.
- P) Prescreva vitaminas A e D (até 1 ano) e sulfato ferroso (até 2 anos), conforme a necessidade, a partir dos resultados de exames recentes. Confira a necessidade de manutenção das outras medicações, conforme os protocolos.
- Q) Programe o retorno.

Fonte: (BRASIL, 2014, 2015, p. 261, adaptado)

3. Suplementação de Vitaminas e Ferro para o Bebê Prematuro

O último trimestre de gestação é decisivo para que as reservas de ferro e vitaminas para o bebê, por conta do parto prematuro esse bebê precisará de suporte de vitaminas e minerais. Embora o leite materno possa atender às necessidades de ferro de um bebê prematuro, mesmo assim eles precisarão de uma suplementação precoce, evitando a anemia da prematuridade, conseqüentemente, diminuir a exposição dos prematuros a transfusões de hemácias e déficits de crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2015, 2017).

Os bebês prematuros logo após a alta hospitalar devem manter o uso dessas vitaminas e minerais:



Médica(o) e Enfermeira(o)
ATENÇÃO para essa prescrição

Profissionais de saúde
ATENÇÃO para orientar
o uso dessas
medicações



Polivitamínico (solução oral): contendo vitaminas A, C e D: 12 gotas Via oral (VO) 1x/dia; ou, vitamina A + D, 4 gotas VO 1x/dia, mais vitamina C, 3 gotas VO 1x/dia (a oferta de vitamina D deve ser de 400 UI/dia).

Sulfato de zinco (10 mg/ml): 0,5-1 mg/kg/dia VO desde 36 semanas até 6 meses de idade corrigida.

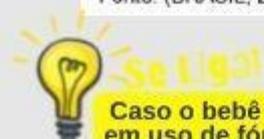
Sulfato Ferroso:

- Recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso (até 1.500 g) a partir do 30º dia de vida → 2 mg/kg/dia durante um ano e, posteriormente, 1 mg/kg/dia por mais um ano.

- Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.000 e 1.500 g → 3 mg/kg/dia durante um ano e, posteriormente, 1 mg/kg/dia por mais um ano.

- Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000 g → 4 mg/kg/dia durante um ano e, posteriormente, 1 mg/kg/dia por mais um ano.

Fonte: (BRASIL, 2015, 2017; SILVEIRA, 2012).



Caso o bebê prematuro não esteja em aleitamento materno e estiver em uso de fórmula infantil enriquecida com ferro, deve-se considerar o aporte fornecido pelo leite e completar com sulfato ferroso até atingir a dose desejada.



4. Medidas Antropométricas



É o conjunto de medidas durante a avaliação corporal, no bebê prematuro medimos: peso, estatura ou altura, perímetro cefálico, e calculamos o índice de massa corpórea. Elas fazem parte de avaliações nutricionais e físicas, visto que oferecem informações possíveis de serem medidas sobre a composição corporal humana.



A monitorização dessas medidas e o acompanhamento do crescimento de forma rotineira é amplamente aceita por profissionais de saúde e é um componente da consulta para a criança no mundo inteiro. Com o bebê prematuro essas mensurações se tornam obrigatórias e de fundamental importância para detecção precoce de possíveis alterações no desenvolvimento e crescimento do bebê. A partir do momento que tais medidas se afastem dos padrões de normalidade é merecedor de investigação (BRASIL, 2012, 2015).

Essas medidas devem ser registradas na Caderneta de Saúde da Criança. Para estabelecer a curva de crescimento são avaliados o comprimento, o peso e o perímetro da cabeça. Sendo o perímetro da cabeça acompanhado com mais rigor durante o primeiro ano de vida e que permite detectar precocemente várias doenças neurológicas que interferem no crescimento craniano. (BRASIL, 2015).

Clique em cima do Link da imagem da Caderneta de Saúde da Criança e poderá baixar e enviar para os pais!!!



Menina



Menino

5. Visita Domiciliar ao Bebê Prematuro e a sua Família

A Visita Domiciliar é uma tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), é o instrumento que melhor possibilita as ações e as intervenções na tríade indivíduo-família-comunidade e permite a proximidade com a família para o atendimento integral e humanizado. Garantindo a continuidade do cuidado e facilitando a compreensão pelas equipes de saúde, das redes sócio familiares, seu modo de vida, cultura, crenças e padrões de comportamento (BRASIL, 2015, 2016).

Todos os profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família possuem um papel fundamental na assistência das crianças, principalmente nas nascidas prematuramente. É importante destacar que todo o apoio ofertado pela equipe deve ser orientado no sentido de favorecer os vínculos do trinômio família-bebê-equipe. Conhecem a dinâmica familiar e social interfere positivamente para a redução da morbimortalidade infantil após a alta hospitalar. O acompanhamento do bebê prematuro pela equipe é semelhante ao acompanhamento de um bebê termo, com algumas peculiaridades (BRASIL, 2016).



Na visita domiciliar a comunicação eficaz é fundamental para humanizar o cuidado e requer um abertura do profissional para uma escuta qualificada. Compreendendo assim, as dificuldades enfrentadas pela família. O Ministério da Saúde disponibiliza um dispositivo de avaliação e orientação para a visita domiciliar realizada pelo profissional de saúde na ESF.



AVALIAÇÃO E ATUAÇÃO DA EQUIPE NA VISITA DOMICILIAR	
AVALIE	ATUE
Como estão a mãe, o pai e a família?	Pergunte sobre as novas rotinas a partir da chegada do bebê e sobre a adaptação a elas.
Como está o bebê?	Olhe para o bebê e avalie suas condições gerais.
A mãe e o pai estão recebendo suporte familiar e/ou social para cuidar da casa e do bebê?	Avalie e veja a possibilidade de ajuda em redes comunitárias, se necessário.
Como está o aleitamento materno?	Observe se a mãe está sobrecarregada com as tarefas domésticas. Observe, também, postura, posição e pega, ritmo das sucções, tempo de pausa. Oriente a importância do aleitamento materno.
Em uso de fórmula infantil no primeiro semestre?	Verificar se o preparo está adequado (diluição, higiene dos utensílios, volume, administração). Verificar se foi prescrito pelo médico.
A criança tem alguma dificuldade para respirar?	Verifique a respiração e a cor da pele e, se necessário, acompanhe até a UBS.
A temperatura corporal está entre 36,5° C e 37,5° C?	Se a temperatura estiver abaixo da recomendada, colocar o bebê em posição canguru. Se estiver acima, você deve avaliar as vestimentas e o ambiente. Nestes casos (alta e baixa), as condições gerais devem ser consideradas para descartar doenças. Se necessário, leve à UBS.
Como estão as eliminações (fezes e urina)?	Verifique se urina, no mínimo, seis vezes por dia, de cor clara e se está evacuando. Lembre-se de que o bebê pode evacuar várias vezes ao dia, assim como passar alguns dias sem evacuar (se em aleitamento materno exclusivo), desde que esteja bem.

Fonte: (BRASIL, 2016, p. 29-30; adaptado).



AVALIAÇÃO E A TUAÇÃO DA EQUIPE NA VISITA DOMICILIAR

AVALIE	ATUE
Como está o ganho de peso?	Pese semanalmente e avalie se a criança está ganhando peso.
Como está o cuidado com a higiene corporal e com as roupas do bebê?	Pergunte sobre a temperatura da água do banho, o local onde está sendo realizado. Recomende o uso de sabonete neutro.
Como está o sono do bebê e seu local de dormir?	Verifique se a cabeceira está elevada e se o ninho está sendo utilizado. Reforce a necessidade de o bebê dormir em decúbito dorsal (com a barriga para cima). Avalie as condições do local, se muito quente ou frio. Encontre com a família o melhor ambiente para os períodos de maior permanência do bebê.
Os medicamentos prescritos estão sendo administrados na dose e nos horários recomendados?	Converse com a mãe ou responsável sobre as medicações prescritas na alta, como vitaminas, sulfato ferroso e, eventualmente, outros. Peça a receita e solicite que ela demonstre como está fazendo. Corrija eventuais erros e oriente sobre a importância de dar a medicação de forma correta.
Existem agendamentos para esta semana?	Oriente a importância dos retornos ambulatoriais na data marcada. Oriente sobre a importância da realização dos exames agendados.
A mãe e o pai estão recebendo apoio para levar o bebê aos retornos?	Verifique a disponibilidade e as condições de retorno. Quem pode acompanhar a família nos retornos? Quem fica com os irmãos em casa? Auxilie, se necessário, na organização da ida a essas consultas para que, de fato, aconteçam.

Fonte: (BRASIL, 2016, p. 29–30, adaptado).

13

6. Principais Orientações aos Pais sobre os Cuidados com o Bebê Prematuro

Fonte: (GAIVA, et al. 2021, p. 323, adaptado)

Cuidados de Higiene

- Recomenda-se um banho por dia com sabonete líquido infantil e neutro;
- Se precisar banhar mais de uma vez ao dia, não usar sabonete;
- O banho deve durar entre 5 a 10 minutos; evitar correntes de ar, e a água deve ser morna;
- A pele do bebê prematuro é frágil aplique o sabonete líquido suavemente com a mão;
- Os banhos de banheira ou bacias podem ser mais relaxantes para o bebê.
- O nariz deve ser limpo quando houver secreção espessa ou crostas, utilizando-se hastes flexíveis de algodão umedecidas em soro fisiológico 0,9%, com movimentos circulares, leves e suaves para retirar secreções visíveis.
- As orelhas devem ser limpas apenas externamente com toalha ou fralda de algodão.
- A boca deve ser limpa com gaze ou fralda de algodão molhada em água filtrada, deslizando-se suavemente nas gengivas, bochechas e língua, na frente e atrás, em movimentos circulares.
- Para troca de fraldas o bebê deve ser colocado na posição lateral, evitando suspender pelas pernas. A fralda deve ser conferida a cada 2 a 3 horas e trocada sempre que necessário, a fim de evitar assaduras.
- A higiene íntima da menina deve ser realizada com o algodão e água morna, da genitália para a região anal. Para repetir o movimento utilize outro algodão.
- A higiene íntima de menino deve ser realizada com algodão e água morna; deve-se fazer a limpeza no pênis, puxando a pele do prepúcio delicadamente e, com um novo algodão, limpar os testículos e a região ao redor do ânus, obedecendo sempre essa ordem.
- O uso de lenço umedecido deve ser evitado, pois pode causar reações alérgicas.



Prevenção de Infecções

- Os espaços de convivência do bebê devem ser higienizados frequentemente com água e sabão ou álcool a 70% em gel.
- As cuidadoras de precisam manter a higiene pessoal, especialmente das mãos.
- As visitas devem ser limitadas e por tempo reduzido
- O contato do bebê prematuro com pessoas com sintomas gripais deve ser evitado.

Vestimenta

- O aquecimento em excesso da temperatura corporal do bebê prematuro pode causar episódios convulsivos, por isso é importância a escolha das roupas e mantas de acordo com o clima e ambiente que o bebê se encontra.



Sono e Repouso

- Indica-se para o sono que o bebê fique deitado de barriga para cima.
- É importante a variação de posições no berço quando acordado para melhor moldagem do crânio e desenvolvimento.
- Nos primeiros dias, pode ser mais confortável para o bebê dormir no "ninho".
- O colchão que o bebê dorme pode ser elevado a 30 graus, a fim de evitar episódios de refluxo, utilizando-se uma toalha por baixo ou travesseiros antirrefluxo.
- Os pais devem ficar atentos às cobertas, para que estejam aconchegadas abaixo dos braços, de modo que não cubra a cabeça do bebê ao se movimentar.
- O uso de bichos de pelúcia, almofadas grandes e objetos que possam se deslocar dentro do berço deve ser evitado.

O "ninho" pode ser feito com toalha ou outro tecido em forma de "U".



Manejo da cólica

- Recomenda-se pegar o lactente no colo para promover a troca de calor.
- Enrolá-lo em manta ou cobertor.
- Evitar locais com muito barulho ou excesso de pessoas.
- Oferecer um banho morno.
- Aplicar compressas mornas na barriga.
- É importante lembrar que não se deve administrar medicamento ou substituir a fórmula láctea sem orientação profissional, bem como não oferecer chás ao bebê.



Uso de cadeirinha de segurança para automóvel



- A cadeirinha deve ter inclinação de aproximadamente 45° (siga as instruções do fabricante) e deve permanecer virada para trás.
- Fornecer apoio lateral para a cabeça e tronco usando mantas enroladas em ambos os lados do bebê.
- É recomendável que um adulto sente no banco de trás para observar o bebê durante o trajeto.
- Deve-se utilizar as cadeirinhas de segurança para carro somente para essa finalidade, evitando-se manter o bebê na cadeirinha por longos períodos além do necessário para o trajeto a ser feito.



Alimentação e Nutrição



- O ideal é que, até os 6 meses de vida, o bebê seja amamentado somente com o leite materno.
- As mamadas devem acontecer em períodos frequentes e de acordo com a vontade e necessidade do bebê (livre demanda).
- O bebê pode não apresentar os sinais de fome (sugar as mãos, chorar e apresentar movimentos em busca da mama), em razão de sua imaturidade e, por isso, o tempo máximo entre uma mamada e outra deve ser de 3 horas.
- O ideal, em caso de necessidade de leite materno ordenhado é que seja oferecido em um copinho.
- O ideal é colocar o bebê acordado semi sentado, apoiar a cabeça e o pescoço com as mãos, encostar suavemente o copinho no lábio inferior, aguardar o bebê "lamber" o leite e observar se ele não está se engasgando.
- Após as mamadas, orienta-se a posição ereta no colo para promover eructação (arroto).
- O uso de mamadeira pode provocar problemas dentários, precipitar o desmame precoce, problemas na fala.

Fortalecendo Laços Afetivos



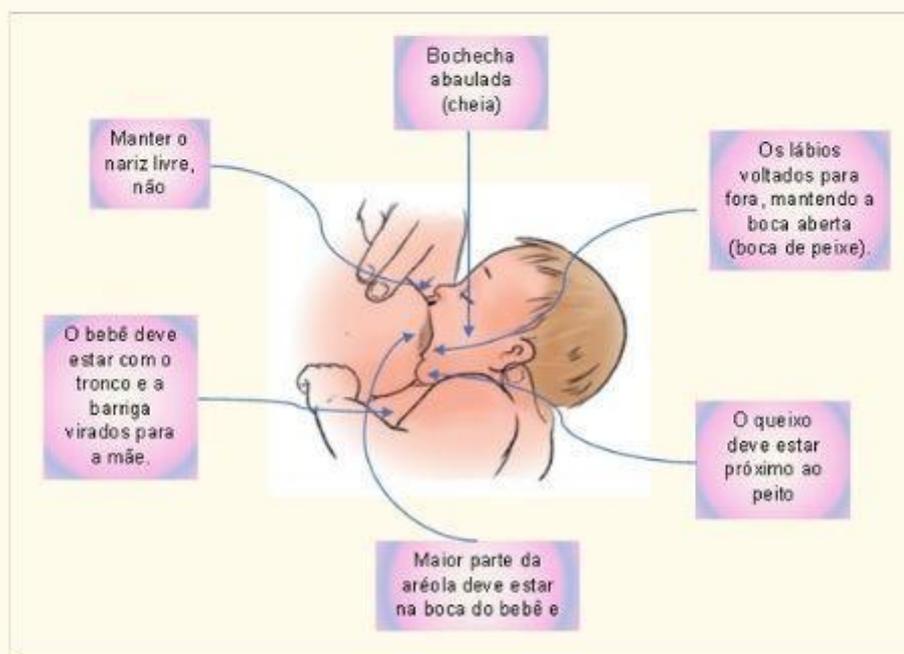
Oriente pais e mães que durante os cuidados diários (o banho, amamentação e cuidados de higiene) para conversar com o seu bebê, estimulando o toque, o troca de olhares de forma prolongada, o sorriso, o beijo, a abraço, o aconchego do colo, são comportamentos que reforçam a existência desse afeto e contribui para o crescimento e desenvolvimento do bebê.



7. Aleitamento Materno do Bebê Prematuro

É importante lembrar que a função do reflexo de busca da mama pelo bebê prematuro é mais lenta. Podendo apresentar dificuldade de abocanhar a mama e efetuar a pega adequada. Por isso, também pode ser útil a estimulação com toques com o dedo indicador ou com o próprio mamilo na parte medial do lábio inferior ou no canto dos lábios.

Pega adequada para amamentação:





Reflexo de busca é:

Lento e imperfeito, com 30 semanas.

Rápido e incompleto, com 32 semanas.

Rápido, completo e duradouro, com 34 semanas.

Fcnte: (ERASIL, 2017, p. 201)

Sugestões de posicionamento que facilitam uma mamada mais efetiva do bebê prematuro



Posição de cavaleiro ou cavalinho:

Quando o bebê senta em cavalinho, com suas pernas abertas sobre uma das pernas da mãe. Para bebês mais novos, deve ser dada atenção para o apoio da cabeça e do tronco nessa posição. O apoio pode ser feito usando-se a mão da mãe em forma de letra "C" (dedos polegar e indicador sustentando a cabeça e o restante dos dedos e a mão apoiando as costas do bebê), enquanto a criança ainda não consegue manter a sustentação da cabeça adequadamente (BRASIL, 2015, p. 92–93).

Posição invertida (ou bola de futebol americano):

Nesta posição, a mãe deve segurar o bebê como se fosse uma bola de jogo de futebol americano, ou seja, deixando o bebê ao lado do seu corpo e usando sua mão desse mesmo lado para apoiar a cabeça e o tronco do bebê, mantendo um discreto padrão de flexão entre o corpo e a cabeça (BRASIL, 2015, p. 92–93).



O profissional de saúde deve observar e questionar as mães sobre as dificuldades no aleitamento materno. Tentar ajudar nas suas principais queixas e dúvidas mais comuns e buscar formas de orientar essa mãe.



Principais dúvidas das mães sobre a amamentação.



DUVIDAS	ORIENTAÇÃO
Meu leite é pouco	Auxiliar a mãe na extração manual do leite e constatar com ela sua produção láctea. Verificar a quantidade de vezes que o bebê urina. O ideal é, no mínimo, seis vezes em 24 horas.
Meu leite é fraco, meu leite não sustenta	Pesar o bebê, preferencialmente em dias alternados, e avaliar com a mãe o ganho de peso;
Meu peito está ferido	Avaliar fissura e recomendar hidratação com o próprio leite materno ordenhado. Avaliar e corrigir, se necessário, a pega.
Meu peito está "empedrado"	Verificar as mamas e auxiliar na extração manual do leite;
Meu bebê chora muito	Apoiar e discutir as causas de choro: necessidade de colo, fralda molhada ou suja, frio, cólica, barulho. Fome é apenas uma das possibilidades.

Fonte: (BRASIL, 2016, p. 38, adaptado)

chama
Nº
ZAD



Para facilitar as orientações sobre o aleitamento materno os profissionais de saúde podem utilizar o

Formulário de Observação da Mamada disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o seguimento do bebê prematuro pela Atenção



Básica. Identificando os sinais de que a amamentação vai bem ou os

sinais de possíveis dificuldades da mamada e



assim guiar as orientações.



FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA	
Nome da mãe:	Nome da mãe:
Data: Nome do bebê: Idade do bebê:	Data: Nome do bebê: Idade do bebê:
Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de que a amamentação vai bem
POSTURA CORPORAL	
Mãe relaxada e confortável	Mãe com ombros tensos ou deita sobre o bebê
Bebê próximo, de frente para o seio	Bebê longe da mãe
Cabeça e corpo do bebê alinhados	PESCOÇO DO BEBÊ TORCIDO
Queixo do bebê tocando o seio	O queixo do bebê não toca o seio
Nádegas do bebê apoiadas	Só o ombro e/ou a cabeça do bebê apoiados
Mãe segura o seio em forma de "C"	A mãe segura o seio em forma de tesoura
RESPOSTAS	
Bebê procura o seio, se estiver faminto	Nenhuma resposta ao seio
Bebê roda e busca o seio	Não busca o seio
Bebê explora o seio com a língua	Bebê não interessado pelo seio
Bebê calmo e alerta no seio	Bebê inquieto ou chorando
Bebê preso ao seio	Bebê escorregado do seio
Sinais de ejeção do leite (vazamento, cólica uterina)	Não há sinais de saída de leite
VÍNCULO EMOCIONAL VÍNCULO EMOCIONAL	
Carrega o bebê de forma segura e confiante	Nervosa ou carrega o bebê vacilante
Atenção da mãe face a face	Contato olho no olho ausente
Muito toque materno	Pouco toque ou sacolejando o bebê
ANATOMIA	
Seios macios após a mamada	Seios ingurgitados
Mamilos exteriorizados	Mamilos planos ou invertidos
A pele parece saudável	Fissuras ou vermelhidão da pele
Os seios parecem redondos na mamada	Os seios parecem estirados ou caídos
SUÇÃO	
Boca bem aberta	Boca pouco aberta, aponta para a frente
Lábio inferior virado para fora	Lábio inferior virado para dentro
Língua apoiada em torno do seio	Língua do bebê não visível
Bochechas redondas	Bochechas tensas ou para dentro
Mais aréola acima da boca do bebê	Mais aréola abaixo da boca do bebê
Sugadas lentas e profundas, pausas	Apenas sugadas rápidas
Pode-se ver ou ouvir a deglutição	Ouvem-se ruídos altos
TEMPO GASTO NA SUÇÃO	
Bebê solta o seio	Mãe retira o bebê do seio
Bebê sugou por _____ minutos	

Fonte: (BRASIL, 2015, p. 102, adaptado).



8. Alimentação do Recém-Nascido Prematuro

O nascimento de um bebê prematuro é uma “emergência nutricional”, nossa condução no tópico nutrição terá impacto no desempenho e desenvolvimento durante toda sua vida. As primeiras 4 semanas de vida são fundamentais, são períodos nos quais uma nutrição inadequada pode ser determinante para o desenvolvimento de doenças na vida adulta, principalmente em doenças metabólicas (obesidade, diabetes e osteoporose) (BRASIL, 2017).

A Estratégia da Saúde da Família tem um papel importante no acompanhamento da nutrição dos bebês prematuros, esse seguimento deverá ocorrer até a idade escolar, mais intensivamente até os dois anos de idade e deve ser meta prioritária dos serviços de saúde. O bebê prematuro precisa receber aporte nutricional adequado às suas necessidades específicas para crescer e desenvolver-se bem, mas sem excessos ou carências alimentares que lhe possam prejudicar no futuro (BRASIL, 2014)



ESQUEMA BÁSICO DE INTRODUÇÃO ALIMENTAÇÃO

- Até os 6 meses: aleitamento materno exclusivo.
- Dos 6 aos 24 meses: aleitamento materno complementado com a dieta alimentar para a idade.
- Aos 6 meses: introdução de papa de frutas (duas vezes ao dia) e da primeira papa = refeição principal (almoço ou jantar), composta por cereais e tubérculos, carnes (gado, frango, peixes) e ovos, leguminosas, legumes e verduras.
- Dos 7 aos 8 meses: introdução da segunda papa = duas refeições principais (almoço e jantar).
- Dos 9 aos 11 meses: gradativamente passar para a consistência da comida da família.
- Aos 12 meses: comida da família. • bebê prematuro: iniciar a dieta complementar a partir dos 6 meses da Idade Corrigida, considerando-se inclusive o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

OBSERVAÇÃO: A introdução da alimentação complementar para o prematuro deve ser avaliada individualmente, considerando-se o desenvolvimento neuropsicomotor, como a capacidade de deglutição, de cada bebê e podendo ser iniciada a partir dos 6 meses da idade corrigida.

Fonte: (BRASIL, 2015, p. 113, adaptado)

ATENÇÃO



Riscos da Introdução Precoce da Alimentação para o Bebê Prematuro:

- Aumento da morbimortalidade, devido ao risco de contaminação no preparo dos alimentos, por introduzir alimentos que a criança não está preparada para receber.
- Uma diminuição da duração do aleitamento materno.
- Uma interferência na absorção de nutrientes, porque o sistema digestório não está preparado para receber alimentos diferentes do leite materno e, portanto, não irá absorver tudo o que é preciso.
- Uma predisposição a reações alérgicas, como asma, dermatite atópica e alergias alimentares.
- Problemas futuros, como hipertensão arterial, diabetes, doença cardiovascular e obesidade.
- Risco de engasgo.

OBSERVAÇÃO: Por outro lado, a introdução tardia da alimentação está associada ao déficit de crescimento e ao risco de deficiência de micronutrientes.

Fonte: (BRASIL, 2015, p. 118, adaptado).



DICAS IMPORTANTES SOBRE INTRODUÇÃO ALIMENTAR PARA O BEBÊ PREMATURO

- Após a alta hospitalar, o LEITE MATERNO continua sendo o padrão ouro para a alimentação de bebês prematuros.
- A equipe deve avaliar periodicamente o crescimento em comprimento, peso, perímetro craniano e relação peso/ comprimento, e ajustar o plano alimentar desse bebê para assegurar adequação do crescimento, evitando ganho inadequado de peso (insuficiente ou excessivo).
- Deve-se frisar que as fórmulas infantis (leite artificial) somente devem ser utilizadas para complementar o leite materno quando esse é insuficiente e nas situações em que não é possível o aleitamento materno.
- Devem-se alertar os familiares que esses alimentos são apenas complementares, preparatórios para as dietas de diferentes sabores e consistências.
- A introdução de outros grupos alimentares deve observar a Idade Corrigida do bebê para seguir o Esquema Básico de Introdução Alimentação.
- Para aqueles bebês em amamentação exclusiva ou que recebem apenas fórmula infantil, a oferta alimentar deve iniciar após os 6 meses de idade.

Fonte: (BRASIL, 2012, 2014, 2015, adaptado).

9. Refluxo

O Refluxo Gastroesofágico (RGE) é o retorno involuntário do alimento do estômago até o esôfago. É importante adotar postura elevada da cabeça e do tronco, devido ao retorno frequente do conteúdo gástrico, de volume variável.

Após a mamada, o bebê deve ser mantido em posição ereta por mais tempo que o usual, por uns 40 minutos, mesmo que o bebê tenha arrotado, evitando-se assim o refluxo imediato pós-mamada (BRASIL, 2015, p. 96).



Sinais e Sintoma de Refluxo:

Vômito várias vezes ao dia após mamar, em grande quantidade
Dor ou cólica às vezes sinalizadas por choro, engasgos e tosse
Perda de peso
Comprometimento do desenvolvimento
Chiado, dificuldade para respirar e otites (inflamação dos ouvidos)
Fonte: (SANTOS; PARTELLI, 2021, p. 13).

10. Engasgo



O bebê prematuro pode se engasgar com facilidade. É muito importante que durante a amamentação, a mãe esteja observando seu bebê. Assim, será mais fácil reconhecer a melhor forma de amamentar seu bebê e ajudá-lo a ter melhor captação do seu leite.

Manobras de Desengasgo



- Inicie com 5 percussões com a mão na região das costas, a criança com a cabeça virada para baixo, seguida de 5 compressões na frente, até que o corpo estranho seja expelido ou a criança torne-se responsiva e reaja.



- Se você conseguir visualizar o corpo estranho na boca, retire-o com cuidado, mas não tente ir às cegas com o dedo na boca, pois pode provocar lesões na região ou empurrar o corpo estranho para regiões mais baixas, e piorar o quadro de obstrução.



- Diante de um engasgo sem tosse e sem sucesso após as manobras ligue imediatamente para o serviço de emergência (192 - SAMU; 193-Bombeiros).

11. Identificando Sinais de Alerta e de Risco ao Bebê Prematuro

É essencial que o profissional de saúde observe situações que possam comprometer a saúde da criança. É importante saber e orientar os pais a identificar os sinais de alerta e de risco ao bebê prematuro e o momento de procurar assistência. Diante da suspeita desses sinais é fundamental auxiliar a família na superação. Visitas domiciliares são oportunidades para identificar esses sinais.



SINAIS DE ALERTA

1. Higiene do bebê e do ambiente precárias
2. Dificuldades na relação da mãe com o bebê e com a família
3. Apatia do bebê
4. Uso de fórmula infantil sem orientações



SINAIS DE RISCO

1. Dificuldade para respirar
2. Pele, lábios e extremidades roxo
3. Fico muito tempo parado, quieto apático
4. Hérnia inguinal
5. Não quer mamar, Perda de peso
6. Irritabilidade ou choro fraco
7. Febre ou temperatura baixa
8. Vômitos
9. Pouca urina
10. Tremores ou Convulsão
11. Aumento rápido do perímetro cefálico

Fonte: (BRASIL, 2016, p. 22-23, adaptado)



12. Calendário Nacional de Imunizações e Recomendações para Recém-nascidos Prematuro (2022-2023)

Fonte: (BRASIL, 2014, 2016; SBIM, 2022)

Idade pós-natal (meses)	Vacinas do 1º ano de vida	Esquemas e Recomendações	Comentários	Disponibilidade de Vacinas nas UBS* e/ou no CRIE ²
Nascimento	BCG ID	Dose única. Se PN ² < 2.000, adiar a vacinação até que o RN ² atinja peso maior ou igual a 2.000g	Deverá ser aplicada o mais precocemente possível, de preferência ainda na maternidade. Em casos de histórico familiar, suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizeram uso de biológicos durante a gestação, a vacinação poderá ser postergada ou contraindicada.	SIM
Nascimento	Hepatite B	Primeira dose nas primeiras 12 horas de vida. Continuidade obrigatoriamente quatro doses (esquema 0 - 2 - 4 - 6 meses) em RNs nascidos com peso inferior a 2.000 g ou idade gestacional menor que 33 semanas	Os RNs de mães HBsAg ⁺⁺ devem receber ao nascer, além da vacina, imunoglobulina específica contra hepatite B (IGHAIB). Para a continuidade do esquema de doses, o uso da vacina Hexa acelular (DTPa-HB-VIP-Hib) deve ser preferido, inclusive para RNs hospitalizados.	SIM, nas UBS: hepatite B e DTPa-HB-Hib SIM, nos CRIE: Hexa acelular
2, 4, 6 e 15	Triplíce bacteriana DTP (difteria, tétano, coqueluche)	Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida. • Para RNs prematuros, hospitalizados ou não, utilizar preferencialmente vacinas acelulares, porque reduzem o risco de eventos adversos.	Em prematuros extremos, considerar o uso de analgésicos/antitérmicos profiláticos com o intuito de reduzir a ocorrência desses eventos, principalmente eventos cardiorrespiratórios e convulsão. • As vacinas Penta acelular e Hexa acelular estão disponíveis nos CRIE para RN prematuro extremo (menor de 1.000 gr ou de 31 semanas) em UTI neonatal.	SIM, nas UBS: DTPw-Hib-HepB SIM, nos CRIE: Penta e Hexa acelular SIM,
2, 4 e 6	Haemophilus influenzae b (HB)	Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida. • Reforço aos 15 meses de vida.	O uso das vacinas combinadas a DTPa (DTPa-HB-VIP-Hib ou DTPa-VIP-Hib) são preferenciais, pois permitem a aplicação simultânea e se mostraram eficazes e seguras para os RNs prematuros.	SIM, nas UBS: DTPw-Hib-HepB SIM, nos CRIE: Hib, Penta e Hexa acelular

Idade pós-natal (meses)	Vacinas do 1º ano de vida	Esquemas e Recomendações	Comentários	Disponibilidade de Vacinas nas UBS* e/ou no CRIE*
	Anticorpo monoclonal específico contra o VSR (palivizumabe)	Estão recomendadas doses mensais consecutivas de 15 mg/kg de peso, via intramuscular, até no máximo cinco aplicações para os seguintes grupos: <ul style="list-style-type: none"> • Prematuros até 28 semanas gestacionais, no primeiro ano de vida. • Prematuros até 32 semanas gestacionais, nos primeiros seis meses de vida. • Bebês com doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou cardiopatia congênita, até o segundo ano de vida, desde que esteja em tratamento destas condições nos últimos seis meses. • Utilizar inclusive em RNs hospitalizados. 	Deve ser aplicada nos meses de maior circulação do vírus, o que depende da região do Brasil: região Norte, de janeiro a junho; região Sul, de março a agosto; regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste, de fevereiro a julho. O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente para: <ul style="list-style-type: none"> • Prematuros até 28 semanas gestacionais, no primeiro ano de vida. • Bebês com doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou cardiopatia congênita, até o segundo ano de vida. O uso em portadores de doença pulmonar crônica e/ou cardiopatias congênitas está indicado independente da idade gestacional ao nascer. 	NA REDE PÚBLICA: verificar onde está disponível em cada município.
2 e 4	Rotavírus	<ul style="list-style-type: none"> • Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, respeitando-se a idade limite máxima de aplicação da primeira dose de 3 meses e 15 dias. • Vacina de vírus vivo atenuado, oral, e, portanto, contraindicada em ambiente hospitalar. 	Em caso de suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizeram uso de biológicos durante a gestação, a vacina pode estar contraindicada ou ser adiada, desde que respeitando a idade máxima (consultar Calendários de vacinação para pacientes especiais)	SIM, vacina monovalente
2,4, 6 e 15	Poliomielite inativada (VIP)	Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida.	Preferir as vacinas combinadas: DTPa-HB-VIP-Hib e DTPa-VIP-Hib	SIM, UBS - VIP SIM, CRIE - VIP, Penta e Hexa acelular

Idade pós-natal (meses)	Vacinas do 1º ano de vida	Esquemas e Recomendações	Comentários	Disponibilidade de Vacinas nas UBS ¹ e/ou no CRIE ²
2, 4, 6 e 12	Pneumocócica conjugada (VPC)	Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida.	RNs prematuros e de baixo PN apresentam maior risco para o desenvolvimento de doença pneumocócica invasiva, tanto maior quanto menor a idade gestacional e o PN. * Sempre que possível, preferir a vacina VPC13 no esquema básico e no reforço; na sua impossibilidade, utilizar a vacina VPC10. Entretanto algumas comorbidades terão critério para terceira dose de VPC10 aos 6 meses de idade (Consultar Manual do CRIE).	SIM, VPC10
3, 5 e 12	Meningocócicas conjugadas ACWY (menACWY) ou C (menC)	Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 3 meses de vida.	Sempre que possível, preferir a vacina menACWY no esquema básico e nos reforços; na sua impossibilidade, utilizar a vacina meningocócica C conjugada	SIM, menC
3, 5 e 12	Meningocócicas B	Vacinar de acordo com a idade cronológica. Duas doses com intervalo de dois meses entre elas, idealmente aos 3 e 5 meses de idade, e uma dose de reforço entre 12 e 15 meses de idade.	A fim de reduzir a frequência de eventos adversos, a vacina meningocócica B deve ser aplicada preferencialmente em separado das vacinas pneumocócica e pertussis. * É aconselhável o uso de paracetamol profilático nas primeiras 24 horas após a vacinação, devido ao risco de febre alta que esta vacina pode desencadear como evento adverso.	NÃO (Disponível na Rede Privada)
A partir dos 6 meses e de acordo com a sazonalidade do vírus	Influenza	Vacinar na idade cronológica, iniciando a partir dos 6 meses de vida, de acordo com a sazonalidade do vírus.	Desde que disponível, a vacina influenza 4V é preferível à vacina influenza 3V, por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V. * Se disponível, a vacina utilizada na última temporada no hemisfério norte, poderá ser recomendada aos viajantes internacionais e brasileiros residentes nos estados do Norte do país, no período pré-estacional de Influenza	SIM, 3V
9	Febre amarela	Vacinar na idade cronológica, aos 9 meses e aos 4 anos de idade o reforço.	Em caso de imunodeficiência, está contraindicada por ser vacina viva atenuada.	SIM

¹ UBS – Unidades Básicas de Saúde
² CRIE – Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
³ Peso ao nascimento
⁴ Recém-nascido
^{**} HBsAg+: Antígeno de superfície da hepatite B positivo.

Particularidades das Vacinas para o Bebê Prematuro

- ✓ A vacinação do bebê prematuro segue, geralmente, o calendário vacinal de rotina a partir da sua idade cronológica.
- ✓ As doses usadas são as mesmas para o bebê prematuro e as vacinas podem ser administradas simultaneamente.
- ✓ A vacina BCG deve ser feita quando o bebê atingir o peso de 2 kg.
- ✓ Rotavírus: atenção para as idades máximas para a primeira dose (14 semanas de vida) e para a segunda dose (24 semanas). É contraindicada para crianças com malformação intestinal ou que tiveram enterocolite necrosante.
- ✓ Existem riscos? Toda vacina implica algum risco para qualquer criança, mas os benefícios suplantam esses riscos. O importante é fornecer orientações adequadas à família, pois é preciso garantir a compreensão do que deve ser observado e instruir os cuidadores quanto à possibilidade de efeitos adversos e cuidados.
- ✓ Quem é o grupo de maior risco entre os bebês prematuro? Os bebês prematuros com idade gestacional ≤ 31 semanas e aqueles com doença crônica (displasia broncopulmonar) e que foram 'criticamente doentes'.
- ✓ Antitérmico profilático: a administração profilática de antitérmicos, para reduzir a intensidade da febre ou tentar prevenir convulsões febris, resultou em baixa imunogenicidade após a vacinação. Por isso, o uso de antitérmico profilático não deve ser recomendado de rotina. Entretanto, o tratamento da febre após a vacinação pode ser feito normalmente.
- ✓ Na primeira consulta, confira as vacinas realizadas durante a internação hospitalar para programar a sequência da vacinação. A Caderneta de Vacinação deve ser conferida em todas as consultas.
- ✓ E o que vem a ser o palivizumabe? Este imunobiológico não é uma vacina. Trata-se de um anticorpo contra o vírus sincicial respiratório (VSR). É recomendado para alguns bebês prematuro: nos quais existe um risco maior de que a bronquiolite evolua para um quadro grave, com necessidade de reinternação, às vezes em unidade de terapia intensiva. Seu uso não previne a infecção pelo vírus sincicial respiratório, mas evita as formas graves nessa população de alto risco.
- ✓ Ainda hoje, é comum que os bebês prematuro tenham sua vacinação atrasada pelo medo e pela desinformação das equipes de saúde, ficando expostos a uma série de doenças e ao risco de hospitalização por infecções que seriam preveníveis pela vacinação.

Fonte: (BRASIL, 2015, p. 103).

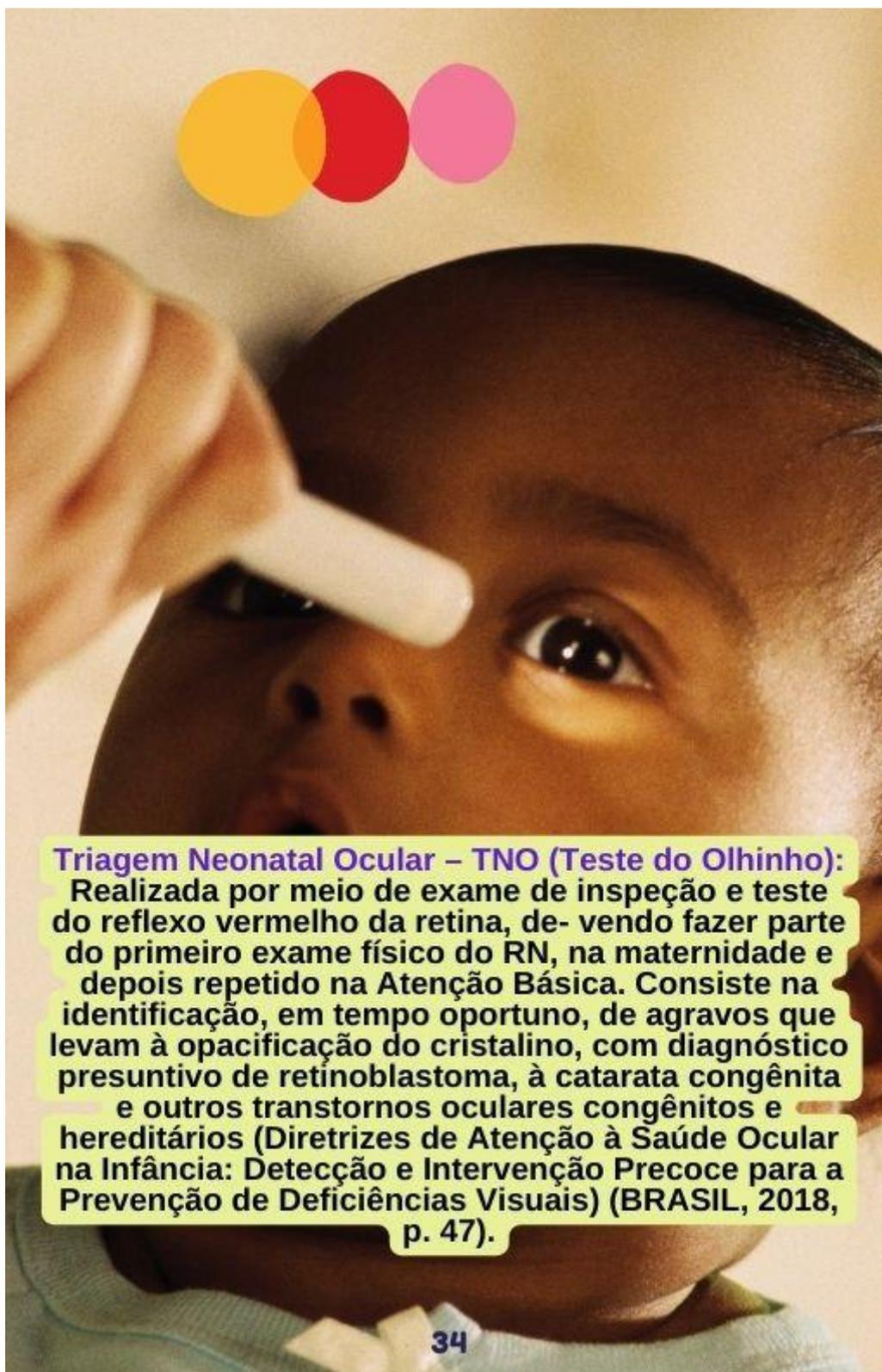
13. Triagens Neonatais Universais (TNU)

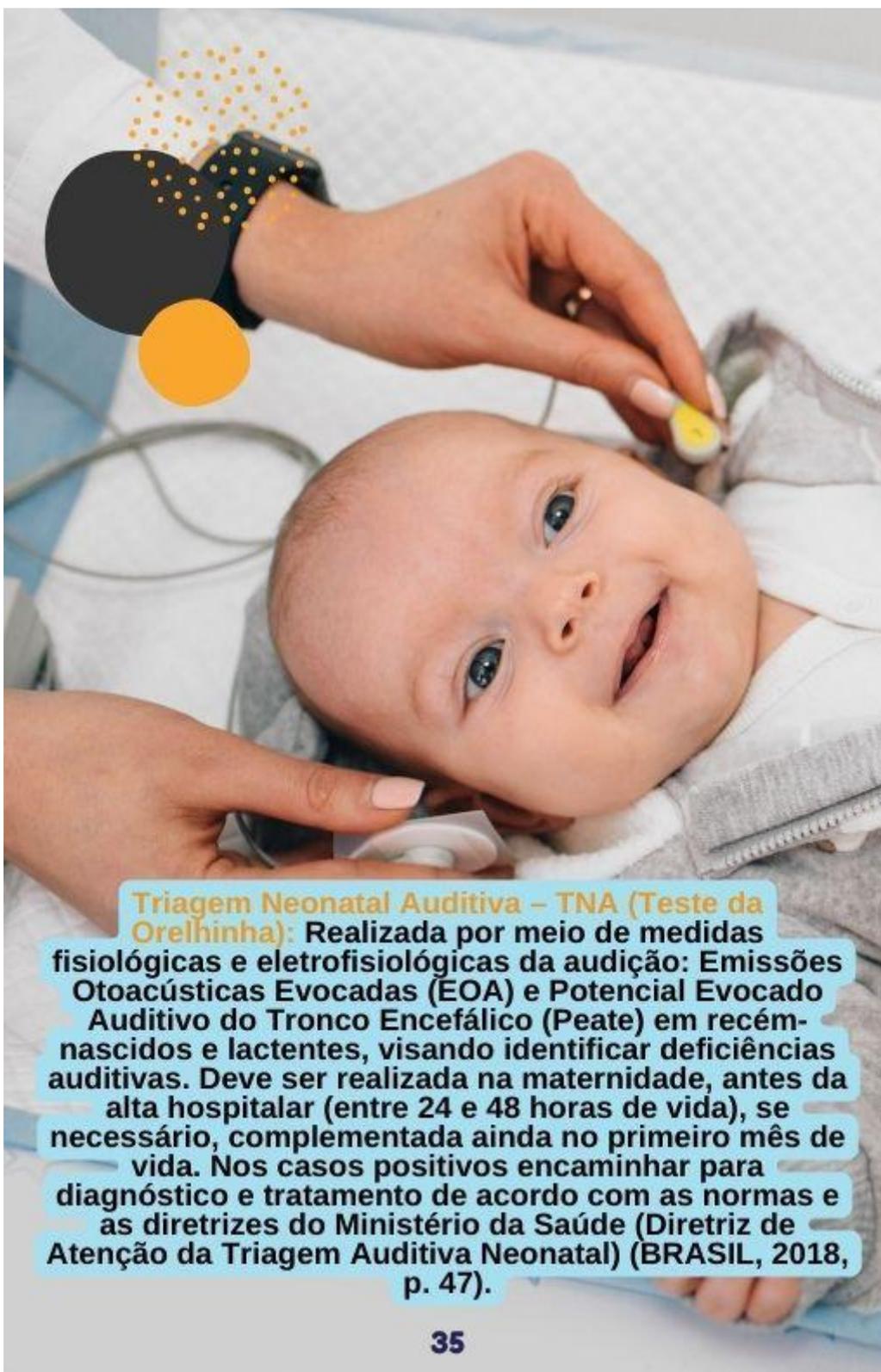
“ A triagem neonatal tem o objetivo de identificar os distúrbios e/ou doenças em recém-nascidos e lactentes em tempo oportuno, para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo, conforme estabelecido nas linhas de cuidado, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida. A triagem neonatal é realizada em quatro modalidades: biológica, auditiva, ocular e de cardiopatias congênitas críticas, além da avaliação do frênulo lingual”
(BRASIL, 2018, p. 46)



Triagem Neonatal Biológica – TNB (Teste do Pezinho):

Realizada por meio da coleta e análise de amostras biológicas (sangue). Consiste na detecção em recém-nascidos, em tempo oportuno (do 3º ao 5º dia de vida) dos seguintes distúrbios congênitos e hereditários: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase. Nos casos de diagnóstico de doenças deve-se encaminhar para tratamento e acompanhamento específicos, conforme a Portaria n.º 822, de 6 de junho de 2001 (BRASIL, 2018, p. 47).





Triagem Neonatal Auditiva – TNA (Teste da Orelhinha): Realizada por meio de medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição: Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) e Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (Peate) em recém-nascidos e lactentes, visando identificar deficiências auditivas. Deve ser realizada na maternidade, antes da alta hospitalar (entre 24 e 48 horas de vida), se necessário, complementada ainda no primeiro mês de vida. Nos casos positivos encaminhar para diagnóstico e tratamento de acordo com as normas e as diretrizes do Ministério da Saúde (Diretriz de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal) (BRASIL, 2018, p. 47).



Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênicas Críticas, por oximetria de pulso (Teste do Coraçãozinho): Realizada de forma universal, nos recém-nascidos, entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar, conforme regulamentação por meio da Portaria n.º 20, de 10 de junho de 2014, visando à detecção oportuna de malformações cardíacas graves, conforme o relatório n.º 115 com recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) (BRASIL, 2018, p. 47).

14. Saúde Bucal Do Bebê Prematuro

Não tem diferença entre as orientações dos cuidados com a saúde bucal de um bebê prematuro e um não prematuro. Todos os bebês precisam de cuidados com a higiene da cavidade oral. Os cuidados com a saúde bucal devem ter início muito precocemente, recomenda-se que a primeira consulta odontológica aconteça antes mesmo do surgimento do primeiro dente, com conseqüente programação de visitas periódicas para cada criança. A equipe da Estratégia de Saúde da Família deve atuar sobre a proposta de caráter preventivo, envolvendo intervenções intersetoriais e educativas (BRASIL, 2015).



Nas ações de saúde bucal destinadas aos bebês recomenda-se que todos os profissionais da equipe incorporem na rotina a observação da cavidade bucal e orientações de cuidados para os pais e cuidadores. As orientações são essenciais para a prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde bucal, é importante também que os profissionais da equipe possam direcionar esse bebê para as consultas odontológicas periódicas (BRASIL, 2015, 2018).

Os pais e os cuidadores devem ser orientados a realizar a higiene

“Lembre a família da importância do cuidado na alimentação, no uso de sucos artificiais e açucarados e, especialmente, sobre o uso excessivo de refrigerantes, que ocorre muitas vezes nos primeiros anos de vida da criança, o que pode ocasionar a descalcificação dos dentes e dos ossos, indicando firmemente que seu uso deve ser restringido.” (BRASIL, 2015, p. 182)



Like





Para bebês sem dentes

A limpeza da cavidade bucal do bebê deve ser iniciada a partir dos primeiros dias de vida, com a finalidade de remover o leite estagnado em seu interior e nas comissuras labiais, massagear a gengiva e acostumá-lo à manipulação da boca. A limpeza pode ser realizada com uma gaze ou fralda limpa embebida em água potável e deve ser passada delicadamente na gengiva e em toda a mucosa oral do bebê pelo menos uma vez ao dia (BRASIL, 2012, 2015; NUNES; SERPA; FARIAS, 2020).

Para bebês em fase de erupção dos incisivos (de 6 a 18 meses)

Gaze ou fralda umedecida em água potável, duas vezes ao dia. Porém a escovação (com escova e creme dental) deve começar logo após a erupção dos primeiros dentes. É recomendado que o creme dental deve ter a concentração ideal entre 1000 e 1100 ppm de flúor (BRASIL, 2012, 2015; NUNES; SERPA; FARIAS, 2020).



Para bebês em fase de erupção de molares (de 18 a 36 meses)

Com a erupção dos molares decíduos (ao redor dos 18 meses), deve-se iniciar o uso da escova dental macia, duas vezes ao dia. O uso do fio dental está indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia (BRASIL, 2012, 2015; NUNES; SERPA; FARIAS, 2020).



Quantidade de creme dental para bebês é de apenas uma quantidade mínima, equivalente a um grão cru de arroz: 0,01 g.



O aleitamento noturno deve ser apoiado e estimulado sempre acompanhado da higienização bucal.



Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. 1ª ed. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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 Volume CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO**. 2ª ed. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de**. 1ª ed. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas**. 3ª ed. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017.

BRASIL, M. DA S. S. DE A. À SAÚDE. D. DE A. P. E. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**./ Ministério da Saúde. Brasília: 2018, 2018.

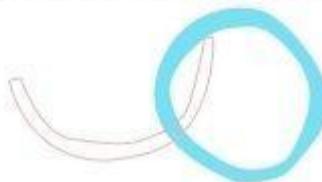
GAIVA, MARIA APARECIDA MUNHOZ; RODRIGUES, ELISA DA CONCEIÇÃO; TOSO, BEATRIZ ROSANA GONÇALVES DE OLIVEIRA; MANDETTA, M. A. **Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família**. São Paulo: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras, 2021.

NUNES, J. M. F. F.; SERPA, E. B. DE M.; FARIAS, I. A. P. **Manual de orientações odontológicas para bebês**. João Pessoa: Editora UFPB, 2020.

SANTOS, I. L.; PARTELLI, A. N. M. **CARTILHA DE CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO PREMATURO: desmistificando o cuidar no domicílio**. In: São Mateus: [s.n.], p. 43.

SBIM. **CALENDÁRIO DE VACINA PREMATURO**. v. 15, n. 2, p. 1-23, 2022.

SILVEIRA, R. DE C. **SEGUIMENTO AMBULATORIAL DO PREMATURO DE RISCOS** São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/seguimento_prematuro_ok.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2021



APÊNDICE H – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO MANUAL

AVALIAÇÃO DO MANUAL DE CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO: ORIENTAÇÕES PARA TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE				
Data: / /	Discordo	Concordo	Não sei	Sugestões
ORGANIZAÇÃO				
A capa chamou sua atenção?				
A sequência de conteúdo está adequada?				
A estrutura do manual está organizada?				
LINGUAGEM				
O nível de leitura é adequado para a compreensão de toda equipe?				
A maneira como as informações estão colocadas facilitam o entendimento do texto?				
O vocabulário utiliza palavras compreensíveis?				
ILUSTRAÇÕES GRÁFICA				
A capa atrai a atenção e retrata o propósito do material?				
As imagens colocadas nos tópicos do manual chamam sua atenção?				
MOTIVAÇÃO				
Ocorre interação do texto e/ou das figuras com o leitor, levando-os a refletir sobre o tema, mudança de comportamento e desenvolvimento de habilidades?				
Esse manual lhe motiva à mudança de comportamento?				
ADEQUAÇÃO CULTURAL				
O manual é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência da equipe?				
Apresenta imagens e exemplos adequados culturalmente?				
CONTEÚDO				
Você acha que os tópicos descritos são importantes?				
O tamanho do conteúdo nos tópicos é adequado?				
O conteúdo do manual responde a suas dúvidas?				
Você recomendaria este manual para outras Equipes de Saúde da Família?				

ANEXO A – CADASTRO DA OFICINA DE HABILIDADES EM AMAMENTAÇÃO E ENGASGO PARA O RNPT, COMO EXTENSÃO NA UFRB

30/08/2022 18:18	Sistema de Gestão das Atividades Acadêmicas
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA SISTEMA DE GESTÃO DAS ATIVIDADES ACADÊMICAS	 UFBR Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Portal do Docente	EMITIDO EM 30/08/2022 18:18
VISUALIZAÇÃO DA AÇÃO DE EXTENSÃO	
DADOS DA AÇÃO DE EXTENSÃO	
Código:	CRxxx-2022
Título:	Oficina de Habilidades em Amamentação para o Recém-nascido Prematuro
Ano:	2022
Período:	12/09/2022 a 12/09/2022
Tipo:	CURSO
Situação:	AGUARDANDO AVALIAÇÃO
Município de Realização:	
Espaço de Realização:	
Abrangência:	Local
Público Alvo:	
Unidade Proponente:	CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFRB
Unidade Orçamentária:	-
Outras Unidades Envolvidas:	
Área Principal:	SAÚDE
Área do CNPq:	Ciências da Saúde
Fonte de Financiamento:	AÇÃO AUTO-FINANCIADA
Convênio Funpec:	NÃO
Renovação:	NÃO
Nº Bolsas Solicitadas:	0
Nº Bolsas Concedidas:	0
Nº Discentes Envolvidos:	0
Faz parte de Programa de Extensão:	NÃO
Público Estimado:	25 pessoas
Público Real Atendido:	Não informado
Tipo de Cadastro:	SUBMISSÃO DE NOVA PROPOSTA
Modalidade do Curso:	Presencial
Tipo do Curso:	TREINAMENTO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Carga Horária:	8 horas
Previsão de Nº de Vagas:	25
Contato	
Coordenação:	EVANDRO DE OLIVEIRA MAGALHAES FILHO
E-mail:	drevandrofilho@hotmail.com
Telefone:	
Detalhes da Ação	
Resumo:	Essa Oficina de Habilidades em Amamentação para Recém-nascidos Prematuros foi criada como parte do Projeto de conclusão de mestrado do PROFSAUDE - Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família da UFRB em parceria com a Fiocruz, desenvolvido com a Equipe de Saúde da Família da Unidade da Saúde da Família Guilherme Trindade no município de Conceição do Almeida-Bahia. Envolvendo a atenção a saúde do bebê prematuro na Estratégia de Saúde da Família. Esse é um tema de muita relevância, visto que discutir melhorias na qualidade da atenção à saúde prestada ao recém-nascido prematuro na Atenção Básica reflete diretamente na melhoria da qualidade de vida do bebê prematuro e de sua família, e na redução da mortalidade infantil nessa faixa etária. Durante o desenvolvimento do projeto foi identificado a necessidade de desenvolver atividade de habilidade técnicas envolvendo a amamentação do recém-nascido prematuro e sobre condutas frente a uma situação de engasgo desse bebê. É importante lembrar importante lembrar que o bebê prematuro devido a sua imaturidade fisiológica pode apresentar dificuldade durante a amamentação e O profissional de saúde deve estar preparado para observar e orientar as mães sobre essas dificuldades no aleitamento materno, tentar ajudar nas suas principais queixas e dúvidas mais comuns.
Programação:	<ul style="list-style-type: none"> - Importância do Aleitamento Materno para o Bebê Prematuro - Principais Dificuldades durante a amamentação do bebê prematuro. - Posições para amamentação do Bebê Prematuro. - Doença do Refluxo Gastroesofágico - Manobras de Desengasgo
https://sistemas.ufrb.edu.br/sigaa/extensao/Atividade/lista.jsf	1/2

30/08/2022 18:18

Sistema de Gestão das Atividades Acadêmicas

Membros da Equipe

Nome	Categoria	Função	Departamento	Início	Fim
MICHEL DANTAS SOARES	DOCENTE	COORDENADOR ADJUNTO	CCS	12/09/2022	12/09/2022
LUCIANA ALAIDE ALVES SANTANA	DOCENTE	COORDENADOR ADJUNTO	CCS	12/09/2022	12/09/2022
EVANDRO DE OLIVEIRA MAGALHAES FILHO	DOCENTE	INSTRUTOR(A)	CCS	12/09/2022	12/09/2022
EVANDRO DE OLIVEIRA MAGALHAES FILHO	DOCENTE	COORDENADOR(A)	CCS	12/09/2022	12/09/2022

Discentes com Planos de Trabalho

Nome	Vínculo	Situação	Início	Fim
Discentes não informados				

Ações Vinculadas ao CURSO

Código - Título	Tipo
Não há ações vinculadas	

Ações das quais o CURSO faz parte

Código - Título	Tipo
-----------------	------

SIGAA | Coordenadoria de Tecnologia da Informação - - | Copyright © 2006-2022 - UFRB - app2.intranet.ufrb.edu.br.srv2inst1

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ACEITE PARA PUBLICAÇÃO DE CAPÍTULO NO E-BOOK: SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERRAS BAIANAS II



DECLARAÇÃO

Declaro para fins acadêmicos, que **Evandro de Oliveira Magalhães Filho, Micheli Dantas Soares e Luciana Alaíde Alves Santana** são autores do trabalho intitulado “**Cuidado ao recém-nascido prematuro na Atenção Básica à Saúde**” sendo aprovado para publicação no e-book “Saúde da Família em Terras Baianas II”, a ser submetido à Editora Universitária da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia pelo Colegiado do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Saúde FIOCRUZ/ UFRB.

Santo Antônio de Jesus, 15 de setembro de 2021

Prof.ª Dr.ª Helena Moraes Cortes
Comissão Organizadora