

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DO OESTE – CEO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DANIELI PARISOTTO

**SUMÁRIO DE ALTA PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO DO
PREMATURO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CHAPECÓ, SC
2024

DANIELI PARISOTTO

**SUMÁRIO DE ALTA PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO DO
PREMATURO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dra. Silvana dos Santos Zanotelli.

Co orientadora: Prof^ª. Dra. Elisângela Argenta Zanatta

**CHAPECÓ, SC
2024**

Parisotto, Danieli

SUMÁRIO DE ALTA PARA CONTINUIDADE DO
CUIDADO DO PREMATURO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE / Danieli Parisotto. -- 2024.

109 p.

Orientadora: SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI

Coorientadora: ELISANGELA ARGENTA ZANATTA

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de Santa
Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de
Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à
Saúde, Chapecó, 2024.

1. Enfermagem . 2. Continuidade da assistência ao paciente . 3.
Recém-nascido prematuro. 4. Atenção Primária à Saúde. I. DOS
SANTOS ZANOTELLI, SILVANA . II. ARGENTA ZANATTA ,
ELISANGELA . III. Universidade do Estado de Santa Catarina,
Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de Pós-Graduação
Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. IV.

DANIELI PARISOTTO

**SUMÁRIO DE ALTA PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO DO
PREMATURO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra Silvana dos Santos Zanotelli - Presidente/orientadora
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Professora Dra Elisangela Argenta Zanatta - Co orientadora
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Membros:

Professora Dra Eliane Tatsch Neves
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

Professora Dra Carla Argenta
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Chapecó – Santa Catarina, 03 maio de 2024.

AGRADECIMENTOS

Durante esta trajetória pude perceber como a presença de algumas pessoas fez total diferença, pois sem vocês eu não teria conseguido chegar até aqui. Agradeço a Deus por me possibilitar a dádiva da vida, e por poder compartilhar e vivenciar cada momento com todas as pessoas que me apoiam.

Sou grata a vocês meus pais Isabete e Cleiton, por me impulsionar a continuar a lutar pelos meus sonhos para conquistá-los. Gratidão por sempre estarem dispostos a me ajudar. Vocês são meu alicerce pessoas extremamente fundamentais, inspiração de vida que nunca deixaram de lutar para atingir seus objetivos e não medem esforços para verem seus filhos prosperarem. Aos meus irmãos Gabriel e Laura, por compartilharem a vida comigo, estarei sempre zelando por vocês. A minha namorada Laisa que contribui para que toda essa caminhada se tornasse mais leve, reforçando que todo esse processo seria possível a alcançável, e cá estamos.

Agradeço imensamente à minha orientadora Silvana dos Santos Zanotelli e co orientadora Elisangela Argenta Zanatta, por terem acreditado junto comigo na consolidação deste trabalho. Gratidão por compartilharem comigo seus sábios conhecimentos, tenho grande respeito e orgulho pelas profissionais que são. Acreditem, vocês me motivaram desde o início para ir até o fim. Bons professores nos educam para a vida.

A Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e ao Conselho Federal de Enfermagem - COFEN por proporcionar um ambiente de soma de conhecimentos, experiência, agregando o aprendizado e encorajamento à minha formação.

Foram muitos ensinamentos e crescimentos durante esse processo, vocês sempre se mantiveram ao meu lado, cada um com sua maneira me incentivando e ajudando. Minha eterna gratidão!

APRESENTAÇÃO DA MESTRANDA

No ano de 2016, iniciei minha graduação em enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Desde que ingressei tinha o desejo de atuar na atenção à saúde da mulher. Participei de grupos de pesquisa que tinham o olhar voltado para esse público, e tive a chance de me aproximar da atenção à saúde do recém-nascido (RN), em específico dos que necessitam de internações nas unidades de cuidados neonatais. E foi neste período que passei a prezar por pesquisas com este tema. Desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso da graduação pesquisando as práticas de atenção ao recém-nascido em unidades de cuidados especiais com foco no aleitamento materno.

Minha vida profissional como enfermeira iniciou-se em 2021, na Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF), na unidade Hospital Regional do Oeste. Iniciei como enfermeira *trainee* na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde permaneci por quatro meses. Após esse período, já como enfermeira assistencial, passei a atuar no Centro Obstétrico (CO). Atualmente atuo como enfermeira assistencial da UTIN desta mesma instituição. No mês de março de 2023 finalizei um curso de especialização *Lato Sensu* em Ciências da Saúde – Enfermagem em Urgências e Emergências em Pediatria e Neonatologia, e neste mesmo ano iniciei o curso de especialização *Lato Sensu* em Ciências da Saúde - Enfermagem no Transtorno do Espectro Autista.

Em 2022 ingressei no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da UDESC contemplada pelo edital 8/2021 subsidiado pelo Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação CAPES/COFEN, com o propósito de qualificação profissional e pessoal, bem como aproximação da academia com a ciência da enfermagem assistencial, possibilitando a melhoria na assistência prestada aos recém-nascidos prematuros (RNPT) para além da sua permanência hospitalar em unidades neonatais.

A caminhada profissional dentro desta ciência ainda é pequena, todavia possuo percepções singulares quanto ao grau da dinâmica complexidade que os enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) enfrentam ao receber um prematuro no seu território, com suas demandas de saúde específicas. Ao receber alta o prematuro leva consigo somente informações médicas, não parece clara a atuação e comunicação da

enfermagem em todos os pontos da rede, ocorrendo a fragmentação do cuidado. Outra consideração é sobre a padronização da passagem de informações, que quando ocorre, ou seja, em casos específicos, fica a cargo da experiência e julgamento de relevância do profissional que está passando-as.

Em vista disso, o Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde constitui um espaço de estudos e propostas de qualificação profissional importante, com possibilidade de construção de tecnologias para qualificar a assistência de enfermeiros da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

RESUMO

Introdução: a prematuridade é uma ocorrência desafiadora e um processo complexo, que demanda do enfermeiro um cuidado focado na integralidade e individualidade. Para que o cuidado integral aconteça de forma efetiva é necessário que os pontos da Rede de Atenção à Saúde estabeleçam uma comunicação efetiva. **Objetivo:** desenvolver um sumário de alta para continuidade do cuidado do prematuro após a alta hospitalar. **Método:** pesquisa metodológica, vinculada à macro pesquisa “Desenvolvimento de Tecnologias para a Consulta do Enfermeiro nas Redes de Atenção à Saúde” subsidiada pelo edital CAPES/COFEN 08/2021, contemplado pela linha de pesquisa Tecnologia do Cuidado. A pesquisa foi realizada em quatro etapas: fase exploratória, construção da tecnologia, validação semântica e publicização e socialização da tecnologia. Na fase exploratória foi realizado um Diagnóstico Situacional com 11 enfermeiras atuantes em instituições hospitalares e na Atenção Primária à Saúde das regiões de saúde Oeste e Extremo Oeste de Santa Catarina. A construção da tecnologia ocorreu por meio da avaliação dos resultados da primeira etapa, aliada à experiência da mestrandia e, embasada em documentos de referência para esta temática. Realizou-se a validação semântica com dez enfermeiras da Atenção Primária à Saúde, instituição hospitalar e Gerência Regional de Saúde da região Oeste de Santa Catarina, por meio do Índice de Concordância Semântica, sendo adotado como valor mínimo para validação 0,80. **Resultados:** o Diagnóstico Situacional revelou que o itinerário terapêutico do prematuro pela Rede de Atenção à Saúde é bem definido. Identificou-se que alguns profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde possuem um certo grau de insegurança ao atender o prematuro, haja vista às suas particularidades, podendo ser associado ao afastamento do prematuro deste cenário. Ainda fica claro o déficit na articulação dos pontos da Rede de Atenção à Saúde e a comunicação dos profissionais, sobretudo dos enfermeiros, uma fragilidade que pode impactar negativamente na continuidade do cuidado do prematuro. Com os resultados supracitados fica clara a necessidade e importância do sumário de alta como uma ferramenta que possibilita unificar todos os dados da internação, cooperando com a comunicação interprofissional, direcionando os cuidados de enfermagem, culminando com a possibilidade de melhoria assistencial. O sumário de alta construído é composto por oito categorias de informações, sendo elas, identificação da instituição e município de nascimento, dados do nascimento, avaliação inicial de enfermagem na internação, intercorrências durante a internação, exames/vacinas e avaliações complementares e dados da alta. A validação semântica obteve o Índice de Concordância Semântica Global de 0,99. **Conclusão:** o sumário de alta encontra-se validado pelo processo de validação semântica. Apresenta potencial inovador e de impacto em relação à sua relevância para as regiões que será destinado, uma vez que ao receber este documento o enfermeiro da Atenção Primária à Saúde terá um panorama da complexidade e dinâmica da internação do recém-nascido prematuro. Há possibilidade de replicabilidade para outras regiões de saúde e hospitais de referência para este público.

Palavras-chave: Enfermagem; Continuidade da assistência ao paciente; Recém-nascido prematuro; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: prematurity is a challenging occurrence and a complex process which demands the nurse a focused care in the integrality and individuality. For this whole care to be undertaken in an effective way it is necessary that the Health Care Network establishes a thorough and effective communication. **Goal:** develop a discharge summary for follow-up care for premature babies after hospital discharge. **Method:** methodological research, linked to the macro research “Development of Technologies for Nurse Consultation in Health Care Networks subsidized by the CAPES/COFEN 08/2021, covered by the research line Technology of Care. The research was carried out in four stages: The research was carried out in four stages: exploratory phase, technology construction, semantic validation and publicization, and socialization of the technology. In the exploratory phase, a Situational Diagnosis was carried out with 11 nurses working in hospital institutions and in Primary Health Care in the West and Far West health regions of Santa Catarina. The research was carried out in four stages: exploratory phase, technology construction, semantic validation and publicization, and socialization of the technology. In the exploratory phase, a Situational Diagnosis was carried out with 11 nurses working in hospital institutions and in Primary Health Care in the West and Far West health regions of Santa Catarina. The construction of the technology occurred through the evaluation of the results of the first stage, combined with the experience of the master's student and based on reference documents for this topic. Semantic validation was carried out with ten nurses from Primary Health Care, a hospital institution and Regional Health Management in the West region of Santa Catarina, using the Semantic Agreement Index, with 0.80 being adopted as the minimum value for validation. **Results:** the Situational Diagnosis revealed that the premature infant's therapeutic itinerary through the Health Care Network is well defined. It was identified that some professionals working in Primary Health Care have a certain degree of insecurity when caring for premature babies, considering their particularities, which could be associated with the removal of premature babies from this scenario. The deficit in the articulation of the points of the Health Care Network and the communication of professionals, especially nurses, is still clear, a weakness that can impact qualities in the continuity of care for premature babies. With the aforementioned results, the need and importance of the discharge summary as a tool that makes it possible to unify all hospitalization data, cooperating with interprofessional communication, directing nursing care, culminating in the possibility of improving care, becomes clear. The discharge summary is made up of eight categories of information, namely, identification of the institution and municipality of birth, birth data, initial nursing assessment upon admission, complications during hospitalization, exams/vaccines and complementary assessments and discharge data. Semantic validation obtained a Global Semantic Agreement Index of 0.99. **Conclusion:** the discharge summary is validated by the semantic validation process. It presents innovative and impact potential in relation to its relevance for the regions that will be destined, since upon receiving this document, the Primary Health Care nurse will have an overview of the complexity and dynamics of the hospitalization of premature newborns. There is the possibility of replicability to other health regions and reference hospitals for this public.

Keywords: Nursing; Follow-up of patient care; Premature newborn; Primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Demonstrativo dos eixos estratégicos da PNAISC e das Redes de Atenção à saúde	15
Figura 1: Determinantes de nascimento prematuro: proposta de um modelo teórico hierarquizado	18
Figura 2: Mapa das regiões de saúde de Santa Catarina, em destaque as Regiões de Saúde Oeste e Extremo Oeste.....	30
Figura 3: Fluxograma do itinerário terapêutico do prematuro na RAS.....	38
Figura 4: Eixos estratégicos da PNAISC e das RAS.....	49
Figura 5: Mapa das regiões de saúde de Santa Catarina em destaque as Regiões de Saúde Oeste e Extremo Oeste.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Considerações e modificações realizadas pelas enfermeiras para versão final do sumário de alta	52
Tabela 2: Apresentação de I-ICS e S-ICS global do processo de validação semântica...	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD - Atenção Domiciliar

ALVF - Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CO - Centro Obstétrico

CRIANES - Crianças com Necessidades Especiais de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

GF - Grupo Focal

I - ICS - Índice de Concordância Semântica no Nível do Item

ICS - Índice de Concordância Semântica

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RN - Recém-nascido

RNPT - Recém-Nascido Prematuro

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

S-ICS Global - Índice Global de Concordância Semântica

SOBEP - Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras

TPP - Trabalho de Parto Prematuro

UDESC - Universidade do Estado de Santa Catarina

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1 PREMATURIDADE – EPIDEMIOLOGIA, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS	18
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PREMATURO.....	21
3.3 COMUNICAÇÃO ENTRE OS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	25
3.4 TECNOLOGIAS NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	27
4. MÉTODO	29
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	29
4.2 ETAPAS DO ESTUDO	30
4.2.1 Etapa 1: Fase Exploratória.....	30
4.2.2 Etapa 2: Construção da Tecnologia.....	31
4.2.3 Etapa 3: Validação semântica	32
4.2.4 Etapa 4: Publicização/Socialização dos produtos.....	33
5. RESULTADOS	34
5.1 PRODUÇÕES	34
5.1.1 Produto 1 – Itinerário terapêutico do prematuro egresso de internações hospitalares: representatividade da comunicação entre profissionais de saúde	34
5.1.2 Produto 2 - Construção de um sumário de alta para continuidade do cuidado do prematuro na atenção primária à saúde	50
5.1.3 Produto 3 - Validação de um sumário de alta para continuidade do cuidado do prematuro após a alta hospitalar	63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	73
ANEXOS.....	80
APÊNDICES	99

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico, que ocorre dentro do útero, porém a mulher tem todo seu corpo modificado pelo efeito hormonal. As alterações sofridas durante a gestação talvez sejam as mais significativas modificações que o ser humano está exposto, esse processo irá resultar na formação de um novo ser. Na maioria dos casos, a gestação ocorre sem intercorrências no período de 37 a 40 semanas (Honorio, 2022; Brasil, 2022).

Após a confirmação da gestação, inicia-se o acompanhamento pré-natal, por meio de consulta médica, do enfermeiro, ou de forma intercalada entre os dois. O acolhimento da gestante inclui a estratificação de risco obstétrico, para possibilitar que ela receba o cuidado necessário às suas demandas, por equipes nos diferentes níveis de especialidades e de qualificação. O principal objetivo é prognosticar quais gestantes possuem a probabilidade de apresentar eventos adversos durante o ciclo gravídico, denominadas “gestantes de alto risco” (Brasil, 2022).

A gestação de risco é conceituada pela possibilidade de durante o ciclo gravídico ocorrer complicações que interferem desfavoravelmente, tanto para a gestante quanto para o feto, quando a vida e/ou saúde de ambos pode ser comprometida. Logo, as intercorrências podem impactar no percurso gestacional, resultando em restrição do crescimento fetal, Diabetes *Mellitus* gestacional, síndromes hipertensivas, insuficiência istmo cervical e na vivência de um trabalho de parto prematuro (Lima *et al.*, 2021).

Nascer prematuramente exige do recém-nascido (RN) que seu processo de adaptação extrauterina seja célere, devido às particularidades associadas à prematuridade, envolvendo a imaturidade orgânica e fisiológica. Quando este processo não ocorre de maneira eficaz os RNs necessitam de assistência, habitualmente prestada em UTIN ou Unidade de Internação Neonatal, que incluem cuidados especializados, com suporte tecnológico e humano adequados. O tempo de permanência dependerá do seu quadro clínico, podendo este corresponder um longo período. Este ambiente oportuniza o tratamento de doenças e agravos neonatais, auxiliando na redução da mortalidade, sendo fonte de esperança do restabelecimento do prematuro (Carvalho *et al.*, 2021; Nascimento *et al.*, 2021).

O ambiente da UTIN, embora voltado para os cuidados intensivos, com o objetivo de melhorar as condições do RN, aumenta o nível de estresse neonatal. É um ambiente com intensa estimulação sensorial, por ser diferente do ambiente intrauterino,

comparando a temperatura, sonoridade, luminosidade e acomodação, podendo assim comprometer o crescimento e o desenvolvimento, pelo fato de que os RNs, em especial os prematuros, possuem os receptores sensoriais extremamente sensíveis. A exposição aos fatores ambientais pode causar distúrbios no padrão de sono, irritabilidade, deficiência auditiva, aumento no consumo de oxigênio e da frequência cardíaca, comprometendo o processo de adaptação e o processo de cura, quando esse momento é acompanhado por uma patologia (Vera *et al.*, 2018).

A prematuridade é uma experiência desafiadora que altera a dinâmica familiar, rompendo os planos almejados, impactando no sonho da maternidade idealizada. Quando somada à hospitalização, gera uma interrupção na regularidade da vida familiar, causando medo, frustrações e dificuldades, exigindo, muitas vezes, uma série de decisões que normalmente a família, naquela brevidade, não possui amadurecimento suficiente para enfrentar as problemáticas. Tendo em vista este complexo processo, o enfermeiro precisa desenvolver abordagens que culminem em cuidados centrados na família, a fim de promover um cuidado colaborativo em parceria com os pais ou responsáveis e tomada de decisão informada (Nascimento *et al.*, 2021; Almeida *et al.*, 2020; Rosa; Curado; Henriques, 2022).

Neste contexto, é primordial que o enfermeiro consiga reconhecer essas crianças para delinear estratégias promotoras de crescimento e desenvolvimento, valorizando as singularidades. O crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças são designados pelas necessidades essenciais de cuidado em saúde. Nesta esfera estão inseridas as crianças nascidas prematuramente, egressas de cuidados intensivos. Essas irão depender de cuidados familiares e dos profissionais de saúde, sejam eles no seguimento ambulatorial ou no contexto da APS (Walty, 2021).

A continuidade do cuidado do prematuro após a alta hospitalar das unidades de internação neonatal, demanda do profissional e do sistema de saúde um olhar diferenciado, sendo facilitado quando os dois níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), nível primário - atenção primária e nível terciário - atenção hospitalar, compõe uma relação de proximidade para favorecer a troca de informações e o acompanhamento contínuo (Aires *et al.*, 2017).

Após a alta hospitalar do prematuro, ainda existe um risco acentuado de morbimortalidade, pois estes são pacientes que possuem um quadro clínico imprevisível e serão acompanhados pelos pais que, na maioria das vezes, se encontram despreparados para lidar com a situação (Carvalho *et al.*, 2021).

A APS no Brasil foi concebida com a proposta de favorecer a aproximação dos serviços de saúde à população do território de abrangência, por meio de acolhimento e relações de confiança. Dentre as atividades profissionais destaca-se o planejamento de ações estratégicas, programáticas, favorecendo a promoção da saúde e prevenção de agravos, com seu plano voltado para o cuidado centrado no indivíduo (Aires *et al.*, 2017).

O índice de sobrevida de um prematuro depende de vários fatores, com base na sua vulnerabilidade, isto posto desperta a necessidade de avaliação do prognóstico e de acompanhamento mais preciso a longo prazo. Portanto, o envolvimento das equipes da APS no acompanhamento do prematuro tem sido cada vez mais importante, garantindo assim que, após a alta hospitalar, ocorra a continuidade da assistência integral (Solano *et al.*, 2019).

A continuidade assistencial em saúde ao prematuro, após sua alta hospitalar, irá interferir nos indicadores de morbimortalidade infantil. Nesse sentido, salienta-se que o enfermeiro da APS tem competência e embasamento técnico científico para atuar e moldar planos de intervenção, juntamente com os profissionais que são referências na atenção hospitalar, a fim de contribuir para a sobrevida e qualidade de vida dessas crianças. Além disso, é capaz de garantir um cuidado integral, estabelecendo uma interação entre os sujeitos participantes desse processo, a fim de assegurar uma relação de confiança e estabelecer o processo terapêutico de forma participativa (Brasil, 2017).

No contexto da RAS, o enfermeiro, por meio da consulta, tem importante papel na avaliação das crianças, identificação de riscos, necessidades e agravos, criação de um plano terapêutico, e realização de encaminhamentos conforme as necessidades (Aires *et al.*, 2017). Desde 1986, ou seja, o ano em que foi criada a Lei nº 7.984, que regulamentou o exercício da enfermagem, uma das funções privativas do enfermeiro é a realização da consulta. Está juntamente com um rol de outras atividades tais como, prescrição da assistência de enfermagem, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, consolidam a identidade profissional (Brasil 1986; Conselho Federal de Enfermagem 2024; Fracolli; Padoveze; Soares, 2020).

A consulta do enfermeiro em puericultura, privilegia ao profissional que a desenvolve a identificação precoce de agravos que possam interferir no processo saúde-doença deste RN, acompanhando seu crescimento e desenvolvimento dentro do contexto familiar, cultural e comunitário em que está inserido. O enfermeiro por meio da consulta

consegue firmar vínculos, realizando um atendimento humanizado e qualificado (Siega *et al.*, 2020; Hanzen *et al.*, 2019).

Os RNs egressos de hospitalizações nas unidades de cuidados especiais, possuem uma carga de percepções associada à fragilidade e imaturidade, o que pode gerar ao profissional que irá prestar os cuidados em domicílio medo e insegurança. É sabido que este público demanda de cuidados especializados, porém ele vai ter em algum tempo as mesmas necessidades básicas de atendimento que qualquer outra criança terá, logo é importante que o prematuro siga com os atendimentos especializados, mas que concomitantemente receba o atendimento e cuidados da APS. A continuidade do cuidado especializado fornecido ao RN, juntamente com seus pais e/ou cuidadores, têm competência para acompanhar as condições de risco e gerar diagnósticos precoces, para que seja elaborado planos de ação frente a prevenção de agravo do processo de saúde doença, promoção de saúde e educação (Castro; Duarte; Diniz, 2017).

As fragilidades envolvidas no processo de continuidade da assistência à saúde dos prematuros egressos das UTIs, dificultam o processo de referência e contrarreferência do sistema de saúde, por vezes, focalizando o atendimento e acompanhamento deste prematuro quase que predominantemente à nível hospitalar. Esse problema de comunicação entre os profissionais, dificulta a potencialização e a continuidade do cuidado (Aires *et al.*, 2017).

Para superar a fragmentação de ações em saúde reafirmar e garantir o cuidado integral no ano de 2010 o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº4.279, apresentando a estratégia chamada RAS, com o objetivo de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral e de qualidade. Porém o grande desafio da RAS é a concepção de sistemas e métodos que se articulem e sejam integrados em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Brasil 2018a), incorpora a atenção à saúde da criança como prioridade dentro da RAS, indicando ser necessário o entendimento dos profissionais de que elas constituem um grupo que vive exposto a vulnerabilidades, para tanto se torna necessário que estes profissionais entendam a importância de garantir todo suporte para obtenção da atenção integral à saúde. O cuidado de saúde prestado às crianças, demanda do enfermeiro um olhar ampliado e acolhedor, das dimensões de vida e das necessidades singulares, durante todo o processo de cuidados que envolve esta fase (Brasil, 2018a).

Para que a continuidade do cuidado ao prematuro seja garantida é necessário que sejam elaborados mecanismos para estabelecimento de comunicação e que o manejo da alta hospitalar ocorra de maneira satisfatória, a fim de abarcar todos os níveis de complexidade. O enfermeiro possui um papel na facilitação deste processo, uma vez que este acompanhou e colaborou com os cuidados prestados em ambiente hospitalar, possuindo uma visão de clínica ampliada e irá transmitir com coerência as informações necessárias para embasar o seguimento do cuidado para os outros pontos da RAS (Lima, 2021; Oliveira; Silva; Souza, 2021).

Considerando que os cuidados após a alta hospitalar são medulares para o processo de manutenção da saúde do prematuro, surge a necessidade de elaboração de um instrumento de continuidade do cuidado pós alta hospitalar que subsidie a consulta do enfermeiro, para que a peregrinação do prematuro após a alta hospitalar pela RAS de forma equivocada, seja evitada e a assistência seja prestada de forma efetiva, a fim de garantir a promoção da saúde e prevenção de agravos, superando a fragmentação do cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um sumário de alta para continuidade do cuidado do prematuro na Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o itinerário terapêutico do prematuro pela Rede de Atenção à Saúde a partir do seu nascimento;

Construir um sumário de alta para continuidade do cuidado do prematuro na Atenção Primária À Saúde;

Realizar a validação semântica do sumário de alta para continuidade do cuidado do prematuro.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo são abordados os aspectos sobre a prematuridade, a importância da APS na continuidade do cuidado após a alta hospitalar do prematuro com ênfase no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a comunicação em saúde e entre os pontos da RAS, e por fim as tecnologias na prática dos profissionais de saúde, com foco na tipologia e conceituação.

3.1 PREMATURIDADE – EPIDEMIOLOGIA, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

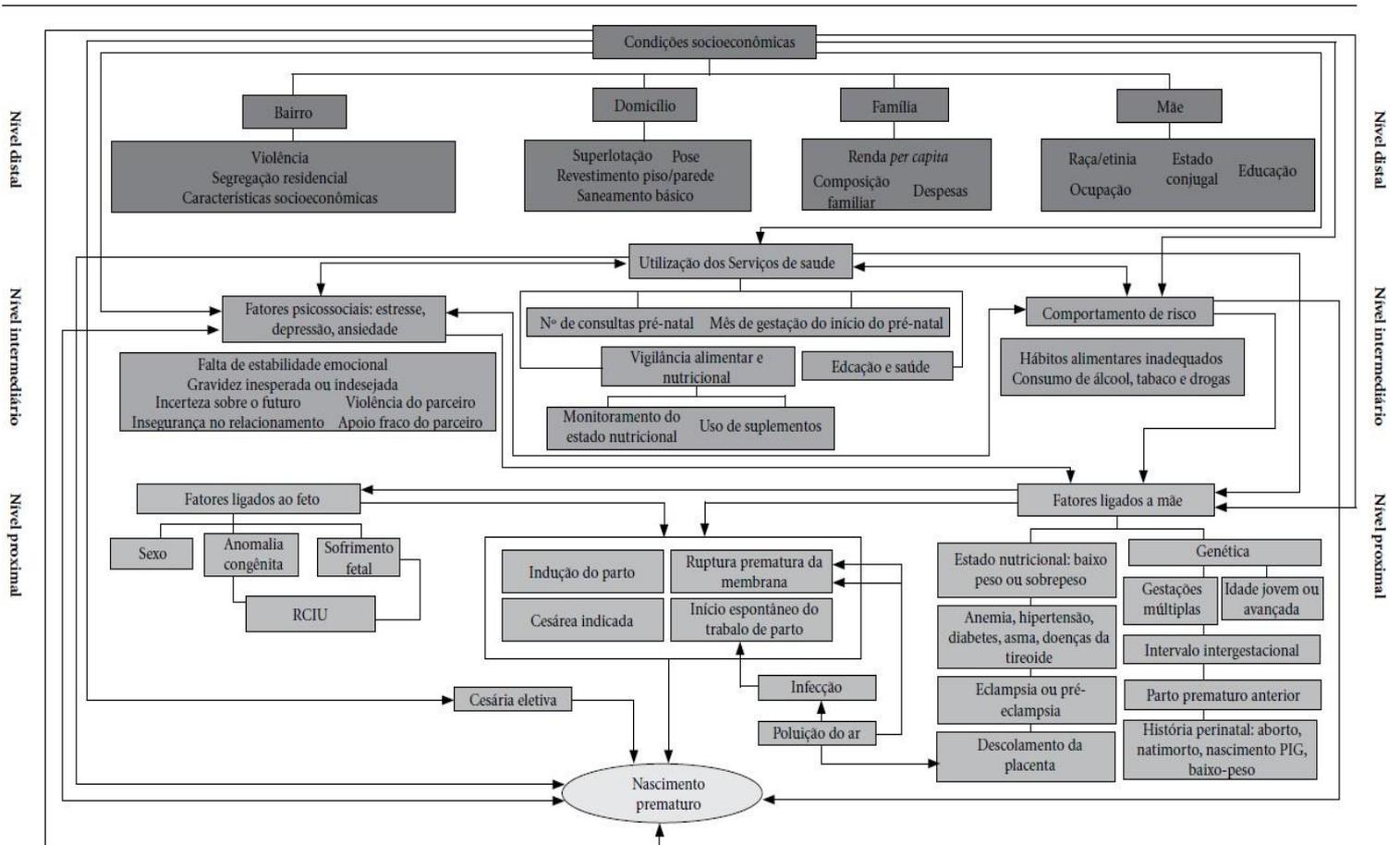
O período gravídico é um processo de criação de expectativas e idealizações de um parto no tempo fisiologicamente esperado, ou seja, o nascimento de uma criança a termo. Porém algumas intercorrências podem impactar no percurso gestacional e a gestante acaba vivenciando um trabalho de parto prematuro (TPP), e consequentemente o nascimento de uma criança prematura (Lima *et al.*, 2019).

A etiologia da prematuridade ainda se caracteriza como um desafio para a ciência, porém sabe-se que ela constitui um problema de saúde pública, por ser multifatorial e pelo inter-relacionamento desses fatores, envolvendo condições socioeconômicas, demográficas, biológicas, genéticas, reprodutivas, ambientais, comportamentais, psicossociais, o acesso e a oferta de qualidade dos serviços de saúde. Quando se observa esta causalidade ampliada da prematuridade, reforça-se sobre a necessidade de abordagem biopsicossocial e multidisciplinar da gestante durante as consultas de pré-natal que devem ir para além do olhar tecnicista, levando em consideração a inter-relação dos diversos fatores, haja visto que alguns fatores são considerados preveníveis. Os fatores associados à maior chance de prematuridade são maior renda familiar, filho prematuro prévio, primiparidade, vítima de violência contra gestante, cesariana e a prematuridade terapêutica - quando há necessidade de interrupção da gestação em consequência de alguma morbidade materno e/ou fetal (Defilipo *et al.*, 2022; Brasil, 2022).

Rocha, *et al.*, (2022), propuseram um modelo teórico hierarquizado dos determinantes do nascimento prematuro através de níveis hierárquicos de determinação compostos por variáveis - caracterizando os fatores, distribuídas em seis dimensões: condições econômicas (nível distal), fatores psicossociais, estresse, depressão e

ansiedade, utilização dos serviços de saúde e comportamento de risco (nível intermediário), fatores ligados ao feto e fatores ligados a mãe (nível proximal).

Figura 1: Determinantes de nascimento prematuro: proposta de um modelo teórico hierarquizado.



Fonte: Rocha *et al.*, (2022).

A idade gestacional é o indicador isolado mais importante na determinação da sobrevivência e de eventos crônicos futuros na vida da criança. Segundo a Academia Americana de Pediatria (2017), a categorização de acordo com a idade gestacional do RN ao nascer se distribui deste modo, prematuro tardio entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, prematuro moderado 32 semanas e 33 semanas e 6 dias, muito prematuro entre 28 semanas e 31 semanas e 6 dias e prematuro extremo menor que 28 semanas de gestação. Já o Ministério da Saúde (2016b), organiza a classificação dos nascimentos pré-termos em três esferas, o prematuro tardio entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, prematuro moderado entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias e prematuro extremo menos que 28 semanas de gestação (Academia Americana de Pediatria, 2017; Brasil, 2016b).

A OMS destaca que no Brasil, a cada dez minutos seis crianças nascem prematuramente, correspondendo a mais de 340 mil nascimentos, este dado coloca o país em décimo lugar no ranking mundial da prematuridade. Entre os anos de 2012 e 2019 a taxa de prematuridade nacional variou de 10,87% e 9,95%. No ano de 2022 a taxa de prematuridade no estado de Santa Catarina foi de 10,73%, já nas regiões de saúde Oeste e Extremos Oeste foi de 11,37%. Destaca-se a taxa de prematuridade das regiões de saúde consideradas no estudo, sendo que são maiores do que a taxa nacional e estadual, dando ênfase ao estudo nestas regiões (Martinelli *et al.*, 2021; Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2022).

A prematuridade é considerada como a principal causa de óbito infantil, ou seja, aquele que ocorre antes dos cinco anos de vida, em especial no período neonatal, até 28 dias de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), divulgou recentemente o relatório Nascido Cedo Demais: Década de Ação sobre Nascimento Prematuro, que constatou que na última década as taxas de parto prematuro não mudaram em nenhuma região do mundo, com 152 milhões de bebês prematuros de 2010 a 2020. Salientam ainda sobre a mortalidade no período neonatal, onde um em cada 10 bebês nascidos prematuramente vai a óbito, e os que sobrevivem podem enfrentar consequências para a saúde, com maior dificuldade de incapacidade e de atrasos no desenvolvimento (Organização das Nações Unidas, 2023).

Ao nascer prematuramente os RNs apresentam maior risco de mortalidade e são mais suscetíveis a necessidade de internação, associado à imaturidade fisiológica fator responsável a limitar suas respostas compensatórias ao ambiente extrauterino. O risco de morbidades também aumenta por conta do incompleto desenvolvimento fetal e da alta susceptibilidade a agravos acarretando incapacidades funcionais para a vida. Dentre as morbidades mais frequentes podemos citar o as infecções, displasia bronco pulmonar, hiperbilirrubinemia, hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante, paralisia cerebral, retinopatia da prematuridade e atraso no desenvolvimento (Almeida *et al.*, 2019).

Em uma pesquisa realizada no norte de Minas Gerais com o intuito de caracterizar o perfil de morbidade no primeiro ano de vida de 282 RNPTs acompanhados em ambulatório de seguimento, destaca-se que os diagnósticos mais comuns foram o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (129), as infecções de vias aéreas superiores (98),

as alterações neurológicas (57) e as afecções respiratórias crônicas (49) (Ramos *et al.*, 2022).

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CONTINUIDADE DOCUIDADO AO PREMATURO

A chegada ao domicílio da criança egressa de internação nas unidades de cuidados neonatais representa o rompimento com o mundo da internação e gera situações próprias do contexto domiciliar. Por se tratar de um prematuro, os pais atribuem à criança um grau maior de fragilidade, sendo este mais suscetível a doenças graves ou hospitalizações recorrentes, manifestando assim sentimentos negativos como medo, insegurança, incompetência, frustrações, desalento (Carvalho *et al.*, 2021)

A Atenção Básica ou APS, é caracterizada como um conjunto de ações desenvolvidas por meio do exercício de prática de cuidado e de gestão, no âmbito individual e/ou coletivo que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, a fim de desenvolver e ofertar uma atenção integral (Brasil, 2012).

Para consolidação e ampliação da cobertura da APS, no Brasil foi adotado um modelo que visou a reorganização do processo de trabalho, a fim de ampliar a resolutividade impactando na situação de saúde das pessoas e coletividade, conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre os itens necessários para ESF está a existência de equipe multiprofissional, denominada equipe Saúde da Família, composta por, no mínimo, médico e enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O quantitativo de equipes de Saúde da Família ficará condicionado ao número de habitantes do município (Brasil, 2012).

Quando olhamos para a continuidade do cuidado ao prematuro encontramos uma outra composição de equipe desejada, sendo eles o pediatra/neonatologista, psicóloga infantil, neurologista pediátrico, oftalmologista e retinólogo, otorrinolaringologista, nutricionista clínica, fonoaudiologia, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro e equipe de enfermagem (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012).

Ao enfermeiro da equipe cabe a realização de atividades que visem qualificar o atendimento, em todas as suas fases de desenvolvimento humano, destacando-se dentre as atividades a consulta do enfermeiro. Esta importante designação no contexto da APS,

voltado aos RNs egressos de internação tem como objetivo central acompanhar o crescimento físico e desenvolvimento psíquico e social (Siega *et al.*, 2020).

Para realização das consultas de continuidade ambulatorial a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2012), recomenda um esquema de consultas assim distribuídos: primeira consulta 7 a 10 dias após a alta, revisões mensais até 6 meses de idade corrigida, revisões bimestrais ou trimestrais 6 meses aos 12 meses de idades corrigida, revisão trimestrais 13 à 24 meses, revisões semestrais 2 à 4 anos de idade cronológica e revisões anuais dos 4 anos até a puberdade. O Ministério da Saúde apenas orienta a rotina de consultas de puericultura compartilhados entre prematuros e a termo, sendo este um calendário mínimo de sete consultas no primeiro ano de vida, dando preferência para uma consulta na primeira semana e no primeiro, segundo, quarto, sexto e nono mês de vida, duas no segundo ano e a partir do terceiro ano de vida, consultas anuais, conforme avaliação do enfermeiro. Os casos que necessitam de maior atenção devem ser acompanhados com maior frequência, sendo que o profissional detém esta flexibilidade (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012; Brasil, 2021).

Frente aos desafios complexos e plurais no atendimento e visando a qualificação das estratégias e ações voltadas à saúde da criança, surgiu a necessidade da PNAISC, constituindo uma base norteadora para o enfrentamento às dificuldades. Apresento dois eixos estratégicos da PNAISC que culminam com o estudo

- Eixo Estratégico III – Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral

Consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do “Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)”, pela Atenção Básica à saúde, conforme as orientações da Caderneta de Saúde da Criança, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (Brasil 2018a, p58).

Ao longo da evolução histórica, e dos avanços de diretrizes, políticas e programas, voltados à atenção à saúde da criança, vem se pensando em ações que culminem para o estímulo ao pleno crescimento e desenvolvimento da criança. Compreende-se o crescimento como um processo dinâmico e contínuo, determinado pelo aumento do tamanho corporal, este ocorre desde a concepção até o final da vida. Concomitante a este constitui-se o desenvolvimento infantil também como um processo dinâmico, que envolve a expansão de habilidades físicas, cognitivas, psicológicas e socioeconômicas, que procedem às competências, autonomia e independência (Souza et al., 2019).

O período que compreende a primeira infância – período entre zero e cinco anos de vida, é decisivo para o desenvolvimento saudável do ser humano. Neste período a criança apresenta intensa atividade cerebral, e modificações, explicadas pelas interações entre as características biológicas e experiências vivenciadas. Portanto é imprescindível a monitorização do crescimento e desenvolvimento infantil, para que assim haja uma assistência longitudinal, que possibilite a detecção precoce de possíveis alterações, para que em tempo hábil seja ofertado intervenções que minimizem os riscos (Brasil, 2018a; Souza *et al.*, 2019).

Contudo, tendo a percepção sobre a relevância do acompanhamento, ainda encontramos atitudes de descaso em relação a vigilância do desenvolvimento infantil, associado a fragmentação do cuidado e da inexistência de avaliação completa da criança, atentando desde o momento do nascimento, se necessário internações, até o momento do atendimento, e projeções de futuro. Ainda encontramos limitações diante do reconhecimento e da ênfase na priorização e importância de se intensificar os cuidados na primeira infância, por muitos caracterizado como um dos elos perdidos na cadeia de ações dos programas voltadas à atenção integral à saúde da criança (Caminha *et al.*, 2017; Vieira *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2019).

Dentro da PNAISC, temos as situações de risco para um pleno desenvolvimento na primeira infância, onde se encontram as crianças em risco que possuem uma predisposição a exposição de situações que caracterizam maior chance de evolução desfavorável, em qualquer aspecto biopsicossocial. Dentre elas estão os RN prematuros e egressos de internação em uma unidade neonatal (Brasil, 2018a.)

· Eixo Estratégico IV - Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas

Consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível (Brasil 2018a. p, 72).

Durante a internação em unidades de cuidados intensivos, os prematuros são submetidos a tratamentos e procedimentos, além de receberem cuidados especializados. Após a alta hospitalar essas crianças têm alto potencial de desenvolver necessidades especiais, por isso encontram-se no conjunto de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) (Arrué *et al.*, 2014).

As condições crônicas são problemas que requerem um acompanhamento em saúde por um longo período, compreendendo um conjunto de serviços que vão além dos cuidados de atendimento médicos e de enfermagem, alastrando-se para atendimentos na área de reabilitação, apoio educacional, social e familiar. Estas condições complexas que por muitas vezes as deixa dependente de tecnologias exigindo cuidados de saúde constantes, são consequência de problemas como prematuridade, malformação congênita e traumas (Favaro *et al.*, 2020; Arrué *et al.*, 2014).

As CRIANES possuem condições limitantes ou ainda incapacitantes, podendo ser motoras, funcionais, comportamentais, emocionais e/ou de desenvolvimento, que demandam de cuidados contínuos de natureza permanente ou temporária, ou seja, elas apresentam uma condição crônica. É de total importância que o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, estejam preparados para receber essas crianças, inclusive com maior ênfase no âmbito da atenção primária (Neves *et al.*, 2015).

As famílias dessas crianças enfrentam constantes peregrinações em busca de atendimento especializados e necessitam de uma rede de cuidados multiprofissionais. Neste contexto o enfermeiro tem maior proximidade com a família e a criança, favorecendo assim a visualização das necessidades, além de tornar-se um ponto de referência e apoio para os familiares. Devemos através disso transformar o cuidado, valorizando o protagonismo familiar, porém identificando nosso papel como colaboradores do cuidado compartilhado (Fassarela *et al.*, 2022; Neves *et al.*, 2015).

As necessidades de cuidados singulares pelas CRIANES, perpassam pelos cuidados hospitalares, atenção básica e assistência domiciliar, exigindo que esses serviços estabeleçam um sistema de intercomunicação, para garantir a oferta da continuidade do cuidado. Para tanto deve-se firmar o hábito de referência e contrarreferência entre a rede de cuidado (Lima *et al.*, 2021).

A atenção domiciliar (AD), tem se revelado em constante expansão no cenário nacional, por diversas razões que sintonizam o cuidado com as necessidades e modo de vida dos pacientes. Segundo o Ministério da Saúde a AD é uma modalidade de atenção à saúde integrada às RAS, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, processo de cuidados paliativos e promoção da saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. É a possibilidade de desospitalização dos pacientes, com atendimento integral (Oliveira; Curry, 2020; Brasil, 2016^a)

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço complementar, substitutivo ou complementar a internação hospitalar, gerenciado e operacionalizado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD). Possui como objetivos a redução do período de permanência de usuários internados, humanização da atenção, ampliando a autonomia dos usuários, familiares e cuidadores (Brasil, 2016^a)

Quando oferecemos atendimento integral à saúde da criança e melhoramos as chances de vida dos prematuros, estamos cooperando para que a meta três dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que trata sobre a garantia de acesso à saúde de qualidade promovendo o bem-estar para todos em todas as idades até 2030, seja efetiva (Organização Mundial da Saúde, 2018).

3.3 COMUNICAÇÃO ENTRE OS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O campo da saúde e as suas ramificações são um complexo sistema, neste arranjo temos dois grandes campos que se integram e relacionam-se, a gestão da informação e a da comunicação em saúde, ou seja, é a informação e suas formas de produção, circulação e consumo, que se bem articuladas conectam os pontos desta vasta rede. A gestão destes aspectos se faz necessário pelo aperfeiçoamento na condução da comunicação e informação em saúde (Montoro; Cirino, 2023).

A comunicação entre os profissionais da saúde constitui uma importante competência, de forma que possibilita a construção coletiva do cuidado e em contrapartida a sua não fragmentação, para que colaborativamente possa-se alcançar objetivos comuns. Neste ponto podemos destacar a comunicação escrita, que possibilita aos profissionais um registro unificado e compartilhado sobre o paciente. A comunicação escrita nas unidades neonatais torna-se fundamental pela complexidade do paciente e dos cuidados prestados (Prado *et al.*, 2023)

Para operacionalização do cuidado dentro da RAS, é preciso que seja efetivo o estabelecimento dos sistemas de comunicação, para isso pode-se usar diferentes mecanismos, ao qual melhor se adapta às rotinas do serviço e da realidade assistencial. Através destes mecanismos de passagem de informações é possível obter a continuidade do cuidado, sendo que cada informação sobre o usuário, advinda de diferentes serviços ou pontos da rede, é visto e levado em consideração para o atendimento integral (Oliveira *et al.*, 2021).

A articulação dos pontos da RAS, ainda detém uma fragilidade significativa entre o nível primário e o terciário, quando se fala em acompanhamento do RN prematuro associa-se quase que predominantemente ao nível hospitalar. Uma pesquisa realizada no município de Joinville evidencia que a comunicação entre os serviços, quando ocorre, é de modo informal, promovendo um atendimento solitário e isolado, dificultando a potencialização e continuidade do cuidado (Aires *et al.*, 2017).

Outro ponto que devemos salientar em relação a efetiva comunicação entre os serviços é a peregrinação pela RAS, excessiva e por muitas vezes desnecessária. Segundo Lima, *et al* (2021), os familiares e cuidadores perpassam por diferentes serviços em busca de resolutividade, e por vezes este caminho percorrido esbarra em vários obstáculos, entre eles o reencaminhamento por diversas vezes aos locais onde acontecem estes serviços, em busca de assistência e recursos para suprir as demandas. O enfermeiro possui um papel importante de enfrentamento nestas situações, realizando orientações aos familiares que contemple os cuidados desde a internação até a inserção deste paciente após a alta hospitalar, estreitando vínculos, promovendo a autonomia dos familiares (Lima *et al.*, 2021).

A continuidade do cuidado está fundida a comunicação, pois é a partir das informações dos eventos anteriores vividos pelo paciente que o profissional consegue fazer uma análise clínica e interpretar para trabalhar com estas informações em intervenções presentes e de futuro. Descomplica para os profissionais e garante que as etapas de um atendimento sejam realizadas de forma integrada, a fim de não fragmentar o cuidado (Lima, 2021).

A continuidade do cuidado é classificada em três categorias: informacional, relacional e gerencial. A “continuidade informacional do cuidado” possui duas dimensões, a primeira é a transferência da informação, que trata sobre o registro e disponibilidade das informações do paciente para os profissionais de saúde ou serviços de saúde e a segunda é o conhecimento acumulado do paciente, que prevê sobre a compreensão do próprio paciente e de como isso interfere no planejamento do cuidado. A “continuidade relacional” abrange o vínculo entre o paciente e o profissional de saúde e a estabilidade da equipe de saúde. Por sua vez a “continuidade gerencial” prevendo a garantia do recebimento de cuidado de forma coesa, e a flexibilização do plano de cuidado (Lima, *et al.*, 2023).

3.4 TECNOLOGIAS NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

As inovações tecnológicas têm recentemente avançado e rapidamente sendo aprimoradas para a área da saúde, se tornando grandes aliadas à prática assistencial, agregando a assistência ao paciente para um cuidado de qualidade. Para tanto, quando se fala em tecnologias ou inovações tecnológicas concebe-se somente a materialidade. Precisamos superar estas convicções pois a tecnologia é aplicada para mediar os processos, com finalidade prática, reunindo expertise cotidiana, pesquisa, saberes e criatividade (Teixeira, 2020).

Para Nietzsche *et al.*, (2005)

A tecnologia deve ser entendida como o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática (Nietzsche *et al.*, 2005).

O trabalho em saúde é uma construção tecnológica que envolve o uso de tecnologias materiais - todos os equipamentos, ferramentas, instrumentos e artefatos que constituem um produto através de um conjunto de atributos - a funcionalidade, qualidade e durabilidade, e imateriais - dizem respeito ao conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, em grande parte adquirida por meio da aplicação do conhecimento.

As tecnologias podem ainda ser classificadas em gerenciais, educacionais e assistenciais. As tecnologias gerenciais são utilizadas no processo de gestão da assistência e dos serviços em saúde, com ações voltadas ao planejamento, execução e avaliação. As tecnologias educacionais estão envolvidas no processo de aprender e ensinar, revela-se o saber fazer e o saber usar (Nietzsche, 2005).

Quando prestamos assistência aos pacientes objetivamos apoiar, manter e promover as suas vidas. Neste contexto surgem as tecnologias assistenciais que ocupam um espaço de mediar os processos de cuidar. Originam-se pelo encadeamento investigativo que resulta em um conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada atuando em todas as dimensões. Nesta pesquisa a criação de um sumário de continuidade do cuidado caracteriza-se como tecnologia assistencial (Nietzsche, 2005).

O sumário de alta é um documento que fornece uma visão geral da evolução do paciente durante sua permanência na instituição. Ele resume as razões da internação, achados importantes, os procedimentos realizados, os tratamentos necessários durante a internação e a condição de alta do paciente. É essencial que uma cópia seja entregue ao

paciente ou familiar no momento da alta. Os dados contidos no sumário de alta devem ser concisos, precisos e adequados para a comunicação entre os profissionais de saúde e paciente, garantindo a segurança na continuidade do cuidado (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2011; Joint Commission Internacional, 2011).

O ponto em comum de todas as tecnologias está no direcionamento dos cuidados de enfermagem a fim de garantir a melhoria da assistência prestada, comunicação entre os profissionais, desenvolvimento de indicadores de saúde, proporcionando maior segurança ao paciente e ao sistema um controle de custos (Olatubi *et al.*, 2019).

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica, definida como uma modalidade de pesquisa de métodos e procedimentos científicos, indicada para investigação de métodos, com foco na produção e construção de novos produtos, bem como a validação destes (Teixeira 2019; Polit; Beck, 2018).

Estudo vinculado à macro pesquisa “Desenvolvimento de Tecnologias para a Consulta do Enfermeiro nas Redes de Atenção à Saúde”, subsidiada pelo Edital nº 8/2021 do Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (PDPG) – CAPES/COFEN, contemplado pela linha de pesquisa Tecnologia do Cuidado. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado Santa Catarina, sob o parecer nº 5.047.628. (ANEXO A). Todos os preceitos e recomendações éticas foram respeitadas. Aos participantes foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B, ANEXO C) bem como o Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (ANEXO D).

A construção do sumário de alta foi motivada a partir de uma necessidade existente da prática assistencial, tendo como objetivo intervir imediatamente no problema, caracterizando-a como uma pesquisa aplicada (Polit; Beck, 2018).

O desenvolvimento desta pesquisa aconteceu em quatro etapas que foram adaptadas de Polit e Beck (2018), Benevides *et al.*, (2016), Teixeira e Nascimento (2020), sendo elas **fase exploratória, construção da tecnologia, validação, e publicização/socialização dos produtos.**

4.2 ETAPAS DO ESTUDO

4.2.1 Etapa 1: Fase Exploratória

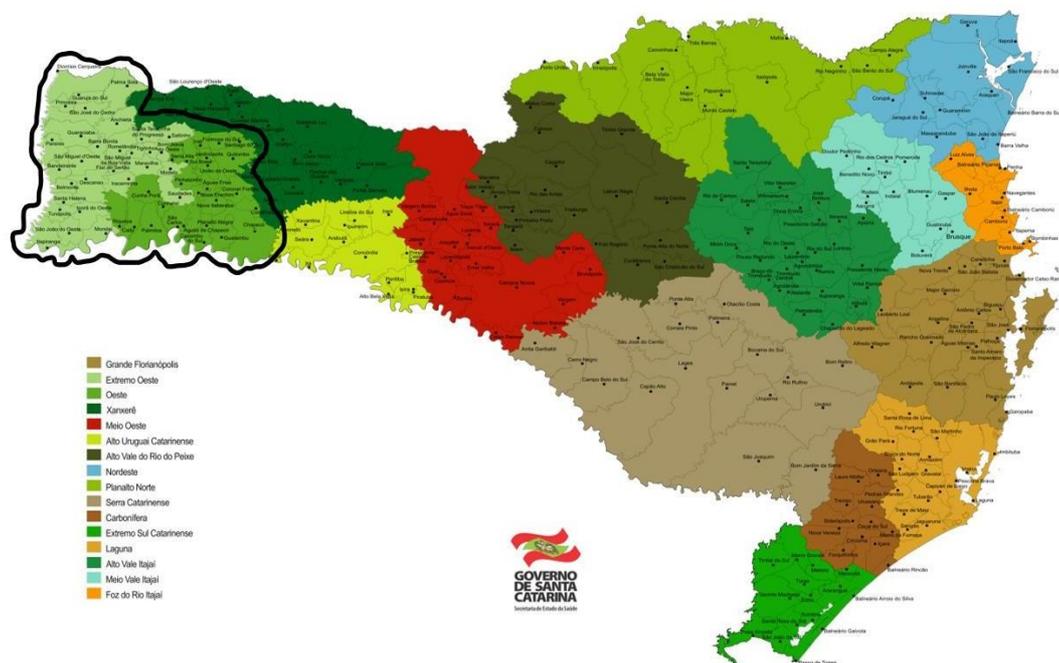
Na primeira etapa do estudo, foi realizado um Diagnóstico Situacional de Enfermagem e de Saúde, caracterizando-se como uma ferramenta de identificação e análise de uma realidade e das necessidades existentes, com finalidade de obter o perfil assistencial prestado aos prematuros pós alta hospitalar (Conselho Regional de Enfermagem - Minas Gerais, 2010). Esta etapa seguiu a estratégia de produção baseada no contexto, que se baseia em uma “escuta sensível” do público-alvo antes da construção, favorecendo a identificação dos temas geradores, garantindo assim a qualidade sociocultural dos temas e conteúdos abordados (Teixeira, 2020).

O desenvolvimento do Diagnóstico Situacional de Enfermagem e de Saúde, aconteceu a partir da adaptação das fases propostas pelo Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (2010), sendo elas levantamento de dados, análise dos dados obtidos e estabelecimento de prioridades, os resultados desta etapa resultarão em um artigo - Itinerário terapêutico do prematuro egresso de internações hospitalares: representatividade da comunicação entre profissionais de saúde, apresentado na íntegra no capítulo 6, no item 6.1.

A pesquisa aconteceu nas Regiões de Saúde Oeste e Extremo-Oeste do estado de Santa Catarina, composta por 57 municípios. Segundo a estimativa de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Região Extremo Oeste de Saúde é composta por 241.232 mil habitantes, e a Região Oeste de Saúde por 408.174 mil habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

No contexto da saúde pública, os indicadores refletem a situação epidemiológica de saúde/doença, bem como as modificações necessárias nesses cenários indesejados. A Mortalidade Infantil, mesmo ocupando um lugar negativo, é um importante indicador de saúde, pois está interligado à assistência perinatal e neonatal. A Região Extremo Oeste encontra-se entre as regiões que apresentam a Taxa de Mortalidade Infantil mais elevada do estado de Santa Catarina, com 13,5% em 2018, ficando atrás somente da Serra Catarinense com 13,7%, já a Região Oeste de Saúde está em décimo terceiro lugar com 8,9% (Brasil, 2019).

Figura 2: Mapa das regiões de saúde de Santa Catarina, em destaque as Regiões de Saúde Oeste e Extremo Oeste



Fonte: Estado de Santa Catarina, Regionais de Saúde.

Ao final da fase exploratória foi possível definir sugestões para a tecnologia a ser desenvolvida, sendo as mais citadas pelas enfermeiras a possibilidade de um sistema de uso comum para todos os pontos da RAS, a elaboração de um manual de exame físico específico para atendimento do RNPT, desenvolvimento de um *bundle* de necessidades e cuidados específicos para cada complicação do RNPT, ferramenta para registro dos atendimentos, elaboração de treinamentos e capacitações para equipe e mecanismos de comunicação. Para atendimento às demandas emergentes, optou-se neste momento pelo desenvolvimento de uma tecnologia que conseguisse sanar a necessidade de comunicação entre os profissionais, haja visto que é essencial ter um panorama da complexidade e dinâmica da internação para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar

4.2.2 Etapa 2: Construção da Tecnologia

A construção do sumário de alta ocorreu a partir da experiência da mestrandia na UTIN, somadas às necessidades destacadas pelas enfermeiras durante a fase exploratória através do diagnóstico situacional e aos documentos publicados pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP), SBP, bem como outras pesquisas já realizadas sobre a continuidade do cuidado.

A partir destes dados foi elaborada a primeira versão do sumário de alta (APÊNDICE A) composto por oito categorias de informações: nome da instituição; identificação; dados de nascimento; dados da internação; avaliação inicial de enfermagem; dados da internação; exames complementares; e dados da alta. O sumário deverá ser preenchido pelo enfermeiro da unidade hospitalar da internação, para que após a alta, o enfermeiro da APS possa ter conhecimento das necessidades e intervenções necessárias durante a internação, subsídios importantes para o planejamento da continuidade do cuidado garantindo a segurança no desenvolvimento e crescimento saudável.

A primeira versão do sumário foi apresentada para 10 enfermeiras em um encontro organizado seguindo as prerrogativas do Grupo Focal (GF).

O GF é uma importante técnica de pesquisa qualitativa, pois permite a interação entre os participantes, permitindo a compreensão de contraposições, contradições, diferenças e divergências, ou seja, permite alcançar diversas concepções sobre um mesmo tópico proposto pelo pesquisador, reconhecendo assim o papel ativo do facilitador na estimulação do grupo para gerar as interações necessárias (Souza, 2020).

Segundo Teixeira (2019; 2020), o desenvolvimento da pesquisa metodológica conta com as densidades participativas em relação ao público-alvo, sendo elas primeira, segunda e terceira densidade. Será garantido a *terceira densidade*, ou seja, a *alta intensidade*, possibilitando a participação do público-alvo como co-criadores, o público-alvo não só manifesta seu saber-fazer cotidiano como participa da criação (Teixeira, 2019; 2020).

Os resultados desta etapa resultaram em um capítulo de livro - Construção de um sumário de alta para continuidade do cuidado do prematuro na Atenção Primária à Saúde apresentado na íntegra no capítulo 6, item 6.2.

4.2.3 Etapa 3: Validação semântica

O processo de validação confere fidedignidade ao estudo, por meio da avaliação e mensuração da proposta do projeto. O modo de validação utilizado foi a semântica com o público-alvo.

A validação semântica é realizada pelo público-alvo, ou seja, pelas pessoas que irão consumir a tecnologia. Esse tipo de validação determina se a tecnologia se caracteriza como apropriada, nela será avaliado a representação estética, as linhas, e formas, além de

verificar se a tecnologia está adequada em relação a clareza, facilidade de leitura e compreensão da disposição (Nietsche *et al.*, 2020).

Os resultados desta serão apresentados por meio de um artigo - Construção e validação de um sumário de alta para continuidade do cuidado do prematuro após a alta hospitalar, apresentado no capítulo 6, item 6.3.

4.2.4 Etapa 4: Publicização/Socialização dos produtos

Os produtos desenvolvidos vinculados a esta pesquisa foram divulgados em eventos científicos nacionais e internacionais, e na página da UDESC. O sumário de alta será disponibilizado para o hospital de referência para as regiões de saúde onde se desenvolveu a pesquisa. E da mesma forma será disponibilizado para a Gerência Regional de Saúde de Chapecó para que seja divulgado e ofertado aos hospitais da região, que também possuem unidades de internação neonatal.

5. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados na íntegra os resultados deste estudo, divididos em três produtos.

Produto 1: artigo construído a partir da pesquisa realizada com enfermeiras de serviço hospitalar e da APS, com o objetivo de caracterizar o itinerário terapêutico do prematuro após o nascimento na APS, e conhecer as demandas da continuidade do cuidado do prematuro na APS.

Produto 2: capítulo de livro abordando o processo de construção do sumário de alta, no qual o sumário é apresentado. Este capítulo será publicado no E-book Produções do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

Produto 3: artigo sobre a etapa de validação semântica do sumário de alta, realizada com enfermeiras do serviço hospitalar, APS e gerência regional de saúde.

5.1 PRODUÇÕES

5.1.1 Produto 1 – Itinerário terapêutico do prematuro egresso de internações hospitalares: representatividade da comunicação entre profissionais de saúde

RESUMO

Objetivo: descrever o itinerário terapêutico do prematuro após o nascimento na Rede de Atenção à Saúde nas Regiões de Saúde Oeste e Extremo-Oeste do estado de Santa Catarina. **Métodos:** pesquisa qualitativa realizada com 11 enfermeiras, sendo três atuantes em serviços hospitalares e oito na Atenção Primária à Saúde. Os sujeitos da pesquisa compuseram uma amostra não probabilística intencional. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas presenciais e em meio virtual, em agosto de 2022. Como técnica de análise utilizou-se análise de conteúdo temática. **Resultados:** evidenciaram-se quatro categorias: itinerário terapêutico do prematuro na Rede de Atenção à Saúde; comunicação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde; encaminhamentos durante transferência e alta hospitalar; fragilidades que impactam no itinerário terapêutico do prematuro. **Considerações Finais:** o enfermeiro ocupa uma posição de distanciamento frente ao processo do itinerário terapêutico. O calendário de consultas de puericultura instituído, bem como a não padronização da comunicação dos profissionais impacta na fragmentação da continuidade do cuidado.

Descritores: Enfermagem; Recém-nascido prematuro; Itinerário terapêutico; Serviços de saúde; Comunicação em saúde.

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro é todo aquele que ocorre antes das 37 semanas completas

de gestação, sendo então categorizada conforme a idade gestacional. O Ministério da Saúde organiza a classificação dos nascimentos prematuros em três esferas sendo elas, o prematuro tardio entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, prematuro moderado entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias e prematuro extremo menos que 28 semanas de gestação (Brasil, 2016).

A prematuridade se caracteriza como um problema de saúde pública, uma vez que sua etiologia é multifatorial e pelo inter-relacionamento entre estes fatores. Rocha, *et al*, apresentaram um modelo teórico hierarquizado dos determinantes do nascimento prematuro através de níveis hierárquicos de determinação distribuídos em seis dimensões: condições econômicas – nível distal, fatores psicossociais, estresse, depressão, ansiedade, utilização dos serviços de saúde e comportamento de riscos – nível intermediário e fatores ligados a mãe e ao feto – nível proximal (Rocha, *et al*, 2022).

Nesta última década as taxas de partos prematuros não mudaram em nenhuma região do mundo, sendo que entre os anos de 2010 e 2020 nasceram cerca de 152 milhões de prematuros no mundo. Em âmbito nacional entre os anos de 2011 e 2019, foram registrados cerca de 3 milhões de nascimentos prematuros, correspondendo a uma prevalência de 11%, situando o país entre os dez com maior ocorrência de nascimentos prematuros no mundo. A região Sul do país no ano de 2011 apresentou uma prevalência de 9,3% de nascimento prematuros e 10 anos depois, em 2021 apresentou uma prevalência de 11,3% (Alberton; Rosa; Iser, 2023; Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2023; Organização Mundial da Saúde, 2023).

Nota-se um crescimento de nascimentos prematuros, não só nesta região como em todo o país. Estas elevadas taxas de nascimentos prematuros geram altos custos para o sistema nacional de saúde, e constitui uma das principais causas de mortalidade infantil, ou seja, aquela que ocorre antes dos cinco anos, em especial no período neonatal, até os 28 dias de vida. Os que sobrevivem enfrentam consequências para a saúde, com maior dificuldade de incapacidade e de atrasos no desenvolvimento (Alberton; Rosa; Iser, 2023; Organização Mundial da Saúde, 2023).

Ao nascer prematuramente o recém-nascido (RN) rapidamente deve adaptar-se a um ambiente ao qual ele ainda não está totalmente preparado para estar e habitar, devido a sua imaturidade orgânica, fisiológica e, por vezes, anatômica. Quando este processo não ocorre de maneira eficaz o prematuro precisa de cuidados especializados, com suporte humano e tecnológico, resultando em um recurso de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Este ambiente oportuniza o tratamento das doenças neonatais e simboliza esperança na recuperação do prematuro (Carvalho *et al.*, 2021; Nascimento *et al.*, 2022).

A internação neonatal tem cada vez mais contado com o progresso científico que possibilita avanços tecnológicos ocasionando mudanças no processo assistencial ao prematuro que apresenta maior risco de mortalidade, infecções, problemas nutricionais e atrasos no desenvolvimento, acarretando em um aumento e na qualidade da sua sobrevivência. Vale ressaltar que o manejo assistencial dessa internação irá interferir no desenvolvimento e crescimento saudável, uma vez que este processo é influenciado por fatores como as variáveis neonatais referidas à asfixia neonatal, hipoglicemia, uso de ventilação mecânica (VM), enterocolite necrotizante, retinopatia neonatal entre outras manifestações clínicas. Este processo de internação pode perdurar por um longo período,

a fim de possibilitar que ele esteja adaptado e preparado para enfrentar a vida extrauterina de forma independente (Carvalho *et al.*, 2021; Freire *et al.*, 2018; Fernandes *et al.*, 2022).

Para tanto, mesmo após a alta hospitalar o prematuro ainda enfrentará um risco evidente de morbimortalidade pois eles possuem condições do processo saúde doença ainda imprevisível e influenciável por fatores socioeconômicos e de adaptação. O envolvimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na extensão dos cuidados empregados na UTIN, é um dos determinantes para que o acompanhamento do prematuro após a alta hospitalar seja garantido e que seja dada atenção especial à primeira infância, assegurando um ambiente minimamente facilitador à vida e com condições dignas de pleno desenvolvimento, atribuindo a continuidade do cuidado assistencial (Carvalho *et al.*, 2021; Faller *et al.*, 2018).

Neste encadeamento toda equipe assistencial, em especial os enfermeiros, devem comprometer-se com a continuidade do cuidado ao prematuro, cumprindo o calendário de consultas recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para o RN de risco, sendo a primeira consulta de sete a dez dias de vida, retorno mensal até os seis meses de idade corrigida, retornos bimestrais ou trimestrais dos seis aos 12 meses de idade corrigida, retornos trimestrais dos 13 aos 24 meses de idade corrigida, retorno semestral de dois a quatro anos de idade cronológica e retorno anual dos quatro anos até a puberdade. A consulta em puericultura é uma potente ferramenta neste processo organizacional, caracterizada pela sua dinamicidade e baixa complexidade oportunizando a vigilância do crescimento e desenvolvimento, incorporando a integralidade do cuidado (Vieira *et al.*, 2018; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012).

OBJETIVO

Descrever o itinerário terapêutico do prematuro após o nascimento e a comunicação entre os profissionais na Rede de Atenção à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa, que buscou informações sobre o itinerário terapêutico do prematuro a partir do seu nascimento, bem como a comunicação entres os serviços ofertados pela RAS das Regiões de Saúde Oeste e Extremo-Oeste do Estado de Santa Catarina, compostas por 57 municípios. Segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE), no de 2022 estas regiões são compostas por uma população de 649.406 mil habitantes. Para estas regiões de saúde existe um único hospital de referência localizado em um município estratégico, para internação de RN graves e potencialmente graves, incluindo os recém-nascidos prematuros (RNPT) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob o parecer nº 5.047.628. Todos os preceitos e recomendações éticas foram respeitadas. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações.

Foram adotados como critérios de inclusão: ser enfermeiro, atuar na atenção à saúde ao prematuro em ambiente hospitalar e em UBS como enfermeiro assistencial por no mínimo seis meses. Foram excluídas da pesquisa os profissionais que estavam em afastamento por qualquer motivo ou aqueles que estivessem substituindo, temporariamente, outro profissional na unidade.

Tendo em vista que o interesse da pesquisa qualitativa é a compreensão de determinado fenômeno, o método de escolha da amostra foi por amostragem não probabilística pela técnica *snowball*, ou “bola de neve”. Criou-se uma rede de referência e indicações, determinando um intermediário inicial, recrutada pela própria pesquisadora por conveniência, e designado como período onda zero. Para delimitar a quantificação de entrevistas, foi utilizado a saturação teórica, ou seja, interrompeu-se a inclusão de novos participantes quando as informações obtidas passaram a apresentar repetição ou redundância (Bockorini; Gomes, 2021; Gil, 2021).

As informações foram coletadas mediante entrevistas semiestruturadas individuais, no ambiente de trabalho de cada profissional e em meio virtual através da utilização da ferramenta *Microsoft Teams*, guiadas por um roteiro criado pelas próprias pesquisadoras. As entrevistas foram gravadas e após transcritas manualmente na íntegra para posterior análise. A técnica de coleta de dados se deu pela flexibilidade de investigação, possibilitando a interrogação, obtenção de dados em profundidade, captação de expressão corporal, ênfase nas respostas, garantindo a compreensão do fenômeno pesquisado sob a perspectiva do entrevistado (Bockorini; Gomes, 2021; Gil, 2021). As entrevistas foram realizadas durante o mês de agosto de 2022.

Para análise das informações foi utilizado o método proposto e explorado por Laurence Bardin qual seja análise de conteúdo temática. A análise constituiu-se em três

etapas essenciais, sendo elas: pré-análise, exploração do material, interpretação e tratamento dos resultados obtidos.

As entrevistas foram transcritas manualmente, na íntegra, utilizando a ferramenta *Microsoft Word*. Após foi realizada leitura e análise do conteúdo das entrevistas. Foi determinado quatro divisões para análise dos dados sendo “Itinerário terapêutico do prematuro após a alta hospitalar”, “Comunicação entre os serviços da RAS”, “Encaminhamentos durante a transferência e alta hospitalar” e “Fragilidades que impactam no itinerário terapêutico do prematuro.”

RESULTADOS

Participaram da pesquisa sete 11 enfermeiras todas do sexo feminino três atuantes em instituições hospitalares e oito em UBS. As profissionais atuam há pelo menos seis meses nos serviços de saúde, em equipes de Estratégia Saúde da Família e em ambiente hospitalar há pelo menos três anos, nos setores de UTIN, neonatologia clínica e internação pediátrica. As participantes da pesquisa foram identificadas com letras e algarismos numéricos de acordo com a ordem de participação - E1, E2, E3...

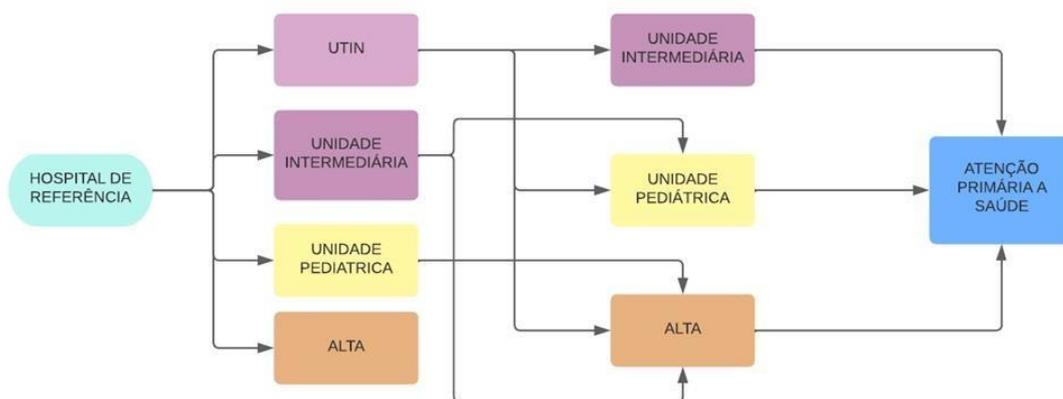
O acolhimento inicial da gestante após a descoberta da gestação ocorre pela enfermeira, a sequência das consultas acontece exclusivamente pelo profissional médico. Se durante as consultas identificam-se sinais de risco de trabalho de parto prematuro, encaminha-se a gestante para atendimento e seguimento de alto risco no ambulatório de alto risco centralizado em um município de referência para as Regiões de Saúde Oeste e Extremo-Oeste, porém mantém, concomitantemente, o acompanhamento na UBS. A atuação do enfermeiro no pré-natal decorre do atendimento à livre demanda, e a possíveis intercorrências. Quando isso acontece, associado a idade gestacional equivalente a prematuridade, há o encaminhamento da gestante para atendimento hospitalar de referência, que é responsável pelo manejo intra-hospitalar dessa gestação a partir de então.

O início do itinerário terapêutico do prematuro se dá ao nascimento que ocorre, na maioria das vezes, no hospital onde a depender da gravidade das condições e dos agravantes do nascimento, ocorre a internação em UTIN ou neonatologia clínica. Com o passar dos dias, estabilidade clínica e condições como peso maior que 1800g e idade gestacional corrigida (IGC) de 34 semanas, pode então ser transferido para internação pediátrica. A partir da alta hospitalar, seguem os cuidados na APS da área de abrangência a qual pertence.

Conforme as condições e necessidades do quadro clínico de alta do prematuro, ele pode necessitar de cuidados especializados, prescritos no ato da alta hospitalar pelo médico, algumas das especializações não estão disponíveis na APS, sendo assim sua responsabilidade realizar os encaminhamentos por meio do Sistema Nacional de Regulação (SisReg), direcionando para a atenção especializada à assistência adequada.

Na figura 1 apresentamos o fluxograma do itinerário terapêutico do prematuro na RAS após o seu nascimento, bem como todos os possíveis caminhos que ele pode percorrer. Destacamos o ponto inicial sendo representado pelo hospital de referência e o destino representado pela Atenção Primária à Saúde. É importante salientar que existem vários locais que esta prematuro pode perpassar, tendo assim a necessidade de facilitação da comunicação para que o ponto final do itinerário terapêutico consiga prestar um cuidado integral a este paciente.

Figura 3: Fluxograma do itinerário terapêutico do prematuro na RAS



Fonte: Elaboração das próprias pesquisadoras, 2022.

Comunicação entre os serviços da RAS

Ao nascer prematuramente, na grande maioria dos casos há a necessidade de internação em UTIN ou neonatologia clínica. Quando a internação ocorre, o município onde o hospital de referência está localizado emite uma planilha de nascimentos diários e encaminha por e-mail as UBS do município com informações do nome da mãe, idade gestacional (IG), bairro de residência e, ocasionalmente, se houve necessidade de internação. Percebeu-se que esses dados, por vezes, não são contemplados em sua

totalidade no e-mail, as mesmas informações não são repassadas para todas as UBS, ou seja, não há uma padronização, como citadas nas falas a seguir:

“Nós recebemos toda semana, quase que diariamente, a informação dos nascidos vivos [...] o nome da mãe, a data que nasceu, o bairro que morra e se o bebê está na UTI Neo.” (E3)

“Então a gente recebe o comunicado via um doc do nascimento da criança, né então eu vou conseguir identificar que era prematuro ou não, ou se eu lembro o nome dela, ou se eu for olhar no prontuário [...] existe a comunicação do nascimento em si, mas não das especificidades, se é prematuro, se está na UTI, se foi pra casa, isso a gente acaba descobrindo no dia a dia né, às vezes com a informação da agente comunitária ou os usuários vem fazer contato.” (E5)

“Geralmente a gente tem um retorno por um doc [...] todos os RNs que nascem a gente recebe quem ficou na UTI né ou internado, enfim, a gente recebe lá do ladinho do nome se está internado na UTI Neo.” (E6)

Para os municípios vizinhos que possuem o hospital como referência, não há comunicação. Os profissionais só vão ter conhecimento sobre o nascimento através dos populares ou quando este prematuro precisa de transporte para retornar ao seu município, já na alta hospitalar.

“Não, o contato ocorre quando, a gente precisar ir buscar (risos). Que aí como é um município pequeno, é a secretaria que faz essa o transporte. [...]daí a gente fica sabendo que o bebê nasceu e que o bebê nasceu prematuro, e que precisou ficar na UTI” (E10)

“Na verdade, não, infelizmente, da parte do hospital não, o que acontece é que como nosso município é pequeno os nossos motoristas geralmente levam, eles que acabam nos trazendo as informações.” (E11)

A comunicação entre os setores hospitalares ocorre via ligação telefônica, de maneira sucinta e não padronizada, sem informações detalhadas a respeito do histórico clínico do prematuro e ao julgar pela avaliação de cada profissional. Observou-se que as informações focam apenas no quadro clínico atual, ignorando complicações e intervenções já realizadas durante a internação.

Quando se trata de transferências hospitalares, elas devem ser reguladas pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) dos hospitais, porém antes da devida solicitação ao núcleo, existe uma comunicação via telefônica entre profissionais médicos, para relatar o quadro atual do RN e a possibilidade do leito.

“A gente liga [...] nasceu tal dia, passa o plantão por telefone [...] solicitação de leito, muitas vezes o médico tem que conversar de médico para médico.” (E1)

“ Na verdade a via de informação a parte médica geralmente liga e diz que precisa de um leito a gente organiza nosso leito, colega enfermeiro passa o plantão para o setor de qual as condições clínicas dessa criança e qual as necessidades que a gente precisa estar pronta de materiais [...]a gente organiza toda a transferência daqui a gente liga para o hospital, falar com o nosso colega enfermeiro de lá, passa o quadro clínico da parte da enfermagem deste paciente, e solicita o transporte dela [...] o NIR vai conversar com o NIR do outro hospital vai ver a disponibilidade de leitos e vai nos repassar que tem leito para esta transferência.” (E2)

“Não, não vem documento escrito, tá?! É via telefone né [...] O núcleo interno de regulação do hospital, núcleo interno de regulação do hospital, esse seria o fluxo e claro o médico de lá liga para o médico daqui “olha tem uma criança assim, assim, assim, vocês têm leito?” (E7)

Encaminhamentos durante transferência e alta hospitalar

Os documentos encaminhados no momento das transferências intra hospitalares são as cópias das últimas prescrições, tanto do médico, quanto do enfermeiro, os exames realizados, registro de sinais vitais, além da caderneta da criança que acompanha o prematuro dentro da RAS, nos serviços que o recebem, como podemos perceber nos relatos a seguir:

“[...] então a gente copia os últimos exames, a prescrição, da folha do PICC, manda carteirinha, mas é uns xerox do que for relevante para eles verem, acompanhar né, e seguir o tratamento” (E1)

“Vem a cópia da última prescrição, do último registro evolução e a última cópia de sinais vitais. Vem para nós.” (E7)

A alta hospitalar é um momento delicado para cada prematuro, o fato de não necessitar mais do ambiente hospitalar não significa que o cuidado deve ser interrompido ali, ou seja, o hospital é o primeiro ponto da rede de assistência do itinerário terapêutico. Após a alta desse serviço e o seu retorno a sua residência, o mesmo necessita dar continuidade aos cuidados, sendo a APS responsável pela integralidade da assistência ao prematuro, para que o cuidado ocorra de maneira efetiva é fundamental que exista uma referência desses serviços para a APS, com as informações pertinentes para a continuidade. Observou-se que existe apenas um setor do hospital que possui um *check-list* de alta, e fica sob responsabilidade dos pais levá-lo até a UBS para receber os devidos encaminhamentos, conforme exposto a seguir:

“É colocado na carteirinha o que a mãe tem que procurar, daí na verdade é orientado para ela [...] então na verdade isso fica meio que a cargo dos pais fazer a gente não tem aquela referência e contrarreferência com os municípios [...] quando a mãe vai ela é orientada que todas as vezes ela tem que ir com a carteirinha [...] Inclusive dentro da carteirinha tem uma evolução de alta dentro da carteirinha.” (E1)

“Então nós temos um formulário que é preenchido na alta, quem preenche é o técnico de enfermagem que é quem faz a alta desse paciente. A parte médica faz o relatório de alta, lá nos relatórios dele de alta, vai escrever tudo que aconteceu com esse bebê, aqui dentro, o qual vai ser grampeado na carteirinha e a mãe vai levar para esse médico que vai fazer o seguimento na atenção primária [...].” (E2)

“[...] ambas as situações o médico faz um relatório [...] um relatório de alta e encaminha.” (E7)

Fragilidades que impactam no itinerário terapêutico do prematuro

Quando os prematuros recebem alta hospitalar e chegam em suas residências, a responsabilidade da continuidade do cuidado é da APS. A mesma deve prestar cuidados seguindo o calendário de consultas de puericultura, realizadas por médicos e enfermeiros. Percebe-se que somente um município possui um calendário de consultas de puericultura definido, sendo realizado de forma intercalada entre os profissionais de saúde, porém prevalecendo o acompanhamento com médico pediatra.

“Então aquela primeira consulta na primeira semana, passou a ser feita pelo menos no papel deveria ser feita pelo pediatra. A gente não tem o pediatra aqui então o nosso pediatra de referência [...] então o enfermeiro vai acabar vendo a criança aos dois meses e depois hã... lá com cinco seis meses. Eu acho que é um período assim que se houve uma perda desse seguimento na enfermagem [...] tudo isso porque é um fluxo que eles ficam pipocando.” (E4)

“[...] a gente tem essa insegurança quanto a puericultura do RN, por que a gente atende o RN com dois meses e depois vai atender ele lá com quinze meses, então a gente passa um longo tempo sem ver essa criança [...].” (E6)

“Hoje ele vem direto para o agendamento com o pediatra de sete a 10 dias e depois uma reavaliação em 10 dias, então não tem passado pelo enfermeiro.” (E5)

Em relação ao seguimento prescrito pelo pediatra, os profissionais da APS deste município não têm acesso a estas informações via sistema, e não ocorre a passagem destas informações pelos profissionais, desta forma o cuidado fica fragmentado, depositando a responsabilidade do processo muitas vezes no papel do cuidador.

Já no restante dos municípios não exista um calendário de consultas de puericultura definido, há uma adequação conforme as demandas dos profissionais da

UBS e pela procura da própria família, prevalecendo também o acompanhamento pelo médico.

“Por que a puericultura ali, infelizmente a enfermeira não faz, então a gente não tem até pela demanda a gente não tem ainda uma organização nesse sentido, de fazer puericultura então e gente acaba passando pra médica, e conforme a demanda da criança ela determina em quanto tempo essa criança vai retornar.” (E11)

“Encaixa a consulta de puerpério e do recém-nascido [...] essa primeira avaliação com a enfermeira na unidade de saúde, mas depois a sequência da puericultura, quem faz é a pediatra, que a gente tem uma pediatra que atende lá no município.” (E10)

“Mas pode acontecer, se não for feito a busca ativa pode acontecer de passar. Por que se a gente não soube quando essa criança ganhou alta enfim, pode acontecer de passar realmente.” (E09)

Percebeu-se uma certa insegurança das enfermeiras referente aos atendimentos prestados aos prematuros durante as consultas de puericultura. Esse sentimento se dá pela inexperiência e baixa frequência de consultas realizadas, empregadas pela rotina das consultas de puericultura onde este prematuro será consultado pela enfermeira em poucos momentos de todo esse percurso. Isso fica claro nas falas a seguir:

“[...] a maior dificuldade é a realização do exame físico, de uma criança normal, então quem dirá de um recém-nascido prematuro.” (E3)

“[...] tem ainda uma resistência quanto aos profissionais, tanto de enfermagem quanto médico, para fazer atendimento de recém-nascido [...] Mesmo um recém-nascido a termo já gera bastante dificuldade no atendimento, então o profissional não se nega a atender, mas aí qualquer alteração assim que tiver num exame físico ele já fica... já sente que não está preparado para dar seguimento.” (E4)

“[...] mas em relação a consulta do enfermeiro te digo assim que as vezes eu sinto um pouco de insegurança em relação a isso [...] eu não tenho segurança o suficiente como eu tenho para fazer um pré-natal, como eu tenho para fazer outras coisas que está mais no hábito da gente fazer né.” (E6)

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que o itinerário terapêutico do prematuro na RAS está delineado e que seu trajeto é determinado pelas suas condições e necessidades clínicas, comandada, majoritariamente, pelo profissional médico. Os enfermeiros desempenham, ainda, um papel incipiente, o que deixa lacunas na assistência a esta criança. Isso permite identificar que as fragilidades existentes frente à atenção integral à criança podem colocar o enfermeiro em uma posição de distanciamento do que é

preconizado para efetividade da continuidade do cuidado, a fim de reduzir danos para o crescimento e desenvolvimento saudável (Castro; Duarte; Diniz, 2017).

Voltado para o processo de continuidade do cuidado, o itinerário terapêutico é caracterizado pelo caminho que um paciente percorre em uma rede de cuidados à saúde, que irá proporcionar um acompanhamento integral do processo de saúde-doença. O caminho percorrido na RAS varia de acordo com a necessidade de saúde de cada indivíduo (Muhl, 2020).

A internação em unidades de cuidados neonatais, concomitante com a prematuridade, são experiências desafiadoras, alteram a dinâmica familiar, sendo a perspectiva da internação acompanhada por muitos sentimentos dolorosos. O ambiente da UTIN, embora voltado para os cuidados intensivos com o objetivo de melhorar as condições do prematuro, aumenta o nível de estresse neonatal, pois é um ambiente que possui intensa estimulação sensorial. Portanto, alguns agravos a curto e longo prazo podem advir da permanência em UTIN, podendo assim comprometer o crescimento e desenvolvimento, pelo fato de que os prematuros possuem os receptores sensoriais extremamente sensíveis (Vera *et al.*, 2018; Freire *et al.*, 2018).

Os prematuros egressos de hospitalizações possuem uma carga de percepções associadas à fragilidade e imaturidade, o que pode gerar no profissional que irá prestar os cuidados com medo e insegurança. É sabido que este público demanda de cuidados especializados, porém ele vai ter em algum tempo as mesmas necessidades básicas de atendimento que qualquer outra criança terá, logo é importante que o prematuro siga com os atendimentos especializados, mas que concomitantemente receba o atendimento e cuidados de rotina da APS. Estas condições associadas ao prematuro dificultam o cuidado dos profissionais na APS, pois muitas vezes o atendimento e acompanhamento deste prematuro, quase que predominantemente, ocorre à nível hospitalar (Aires *et al.*, 2017; Castro; Duarte; Diniz, 2017).

Após a alta hospitalar ainda existe um risco acentuado de morbimortalidade pois os prematuros possuem um quadro clínico imprevisível e serão acompanhados pelos pais, que na maioria das vezes, se encontram despreparados para lidar com a situação. O índice de sobrevida de um prematuro depende de vários fatores, com base em sua vulnerabilidade, isso desperta a necessidade de avaliação do prognóstico a avaliação mais precisa a longo prazo. Nesse sentido salienta-se que o enfermeiro tem competência e embasamento técnico científico para atuar e moldar planos de intervenção, a fim de

contribuir para a sobrevivência e qualidade de vida dessas crianças (Carvalho *et al.*, 2021; Solano *et al.*, 2019).

Ao delinear a realização da consulta do enfermeiro em puericultura verifica-se o retardamento no contato com a criança e a família, em função do calendário de consultas de puericultura do município, bem como a insegurança retratada pela baixa frequência na realização dela. No contexto da APS, a consulta do enfermeiro em puericultura privilegia ao profissional a identificação precoce dos agravos que possam interferir no processo saúde-doença, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dentro do contexto familiar, cultural e comunitário em que está inserido (Seiga *et al.*, 2020). Ao dirigir-se ao viés da integralidade do cuidado, nota-se uma fragmentação das informações repassadas entre os profissionais devido às fragilidades do sistema de informação, o que acaba por vezes depositando a responsabilidade do processo no papel dos genitores e cuidadores domiciliares.

Outro resultado deste estudo revela o déficit na articulação entre os pontos da RAS e a comunicação padronizada entre os profissionais de saúde, sobretudo, dos enfermeiros. A articulação dos pontos da RAS, ainda detém uma fragilidade significativa entre o nível primário e o terciário, quando se fala em prematuro associa-se, quase que predominantemente, ao nível hospitalar (Aires *et al.*, 2017). A comunicação entre os profissionais de saúde constitui uma importante competência, de forma que possibilita a construção coletiva do cuidado e, em contrapartida, a sua não fragmentação. As informações quando não padronizadas promovem um atendimento solitário e isolado, dificultando a potencialização e continuidade do cuidado (Montoro; Cirino, 2023). Ao analisar a efetividade da comunicação entre os serviços, observa-se e salienta-se a sua relação com a peregrinação pela RAS excessiva e, muitas vezes, desnecessária. Os familiares perpassam por diferentes serviços em busca de resolutividade e, por vezes, o caminho percorrido esbarra em vários obstáculos, entre eles o reencaminhamento por diversas vezes aos locais onde acontecem estes serviços, em busca de assistência e recursos para suprir as demandas (Lima *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados neste estudo revelam que o itinerário terapêutico do prematuro na RAS do município/local do estudo é delineado conforme as necessidades e condições de saúde do indivíduo, e o profissional que se sobressai frente a este processo é o médico. Salienta-se o afastamento do enfermeiro da sua atribuição de realizar a

consulta de puericultura a prematuros egressos de um processo de hospitalização. O calendário de consultas de puericultura distancia o prematuro do seu território, dificultando a atuação dos profissionais na APS frente ao processo de saúde-doença, sendo que fatores sociais, culturais e econômicos podem não ser tratados neste atendimento, interferindo no desfecho assistencial.

Verificou-se que a comunicação entre os diferentes níveis da RAS enfrenta um grande viés, mantendo algumas informações detidas sobre conhecimento de apenas alguns profissionais, associado ao trabalho solitário e fragmentado, sustentado pelo sistema de informação adotado e pelo calendário de consultas de puericultura.

Enfatiza-se a falta de comunicação formal e padronizada entre os profissionais e a articulação entre o sistema de registro dos atendimentos prestados pelos diversos pontos e serviços da RAS. Em consequência a todo esse panorama, a peregrinação do prematuro e de sua família frente aos encaminhamentos e desencontro de informações é uma infeliz realidade. Neste sentido, o enfermeiro possui, um papel importante de enfrentamento, a fim de direcionar os cuidados de enfermagem, garantindo a melhoria da assistência prestada, comunicação efetiva entre os profissionais, além de proporcionar maior segurança ao RN prematuro, estreitando vínculos, promovendo a autonomia dos familiares.

REFERÊNCIAS

AIRES, Luana Claudia dos Passos; *et al.* Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. **Esc. Anna Nery**, v. 21, e. 20170028, Florianópolis – SC, 2017.

ALBERTON, Marcos; ROSA, Vanessa Martins; ISER, Betine Pinto Moehlecke. Prevalência e tendência temporal da prematuridade no Brasil antes e durante a pandemia de covid-19: análise da série história 2011 – 2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, e. 2022603, Brasília – DF, 2023.

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. Brasília - DF, 2016.

BOCKORNI, Beatriz Rodrigues Silva; GOMES, Almiralva Ferraz. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, v. 22, p. 105 – 117, Umuarama – PR, 2021.

CARVALHO, Nalma Alexandra Rocha; *et al.* A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. **Acta. Paul. Enferm**, v. 34, p. 1 – 9, agost. 2021.

CASTRO, Ana Claudia Oliveira; DUARTE, Elysangela Dittz; DINIZ, Ieda Aparecida. Intervenção do enfermeiro às crianças atendidas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, e. 1159, 2017.

DEFILIPO, Érica Cesário; *et al.* Fatores associados à prematuridade: estudo caso controle. **Rev. Paul Pediatr.** V. 20, 2022.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DIVE. Informações em saúde (TABNET). Nascidos vivos. 2023.

FALLER, Tamara Tasca; *et al.* A consulta de enfermagem em puericultura na estratégia saúde da família. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, v. 4, n. 2, 2018.

FERNANDES, Jaqueline de Souza; *et al.* Levantamento de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil em um programa de Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva fonoaudiológica. **Disturb. Comum**, v. 24, e. 53847, p. 1 – 9, São Paulo, 2022.

FREIRE, Lais Machado; *et al.* Fatores associados à não adesão ao seguimento ambulatorial de egressos de terapia intensiva neonatal. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 52, e. 03372, 2018.

GIL, Antonio Carlos. Como fazer pesquisa qualitativa. **Editores Atlas**, e. 1, 2021. ISBN 978-65-5977- 048-9.

LIMA, Hentiel Feksa; *et al.* (Des)constituição da rede de atenção à saúde de crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, v. 11, e. 40., p. 1 - 20, Santa Maria - RS, 2021.

MONTORO, Mario Perez; CIRINO, J. Antônio. Gestão da informação e da comunicação em saúde: intersecções e interrelações entre os dois campos. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde – Reciiis**, v. 17, p. 14 – 17, març. 2023.

MUHL, Camila. O itinerário terapêutico da pessoa com transtorno mental: Pontos de inflexão. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.**, v. 12, p. 198 – 216, 2020.

NASCIMENTO, Ana Celi Silva Torres; *et al.* Percepção da prematuridade por familiares na unidade neonatal: estudo transcultural. **Revista Cuidarte**, v. 13, e. 1043, abril de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Fundo das Nações Unidas para a infância - UNICEF. Nascido cedo demais: década de ação sobre o nascimento prematuro. 2023. ISBN 978-92-4-007389-0.

ROCHA, Aline dos Santos; *et al.* Determinantes do nascimento prematuro: proposta de um modelo teórico hierarquizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, e. 8, 2022.

SIEGA, Cheila Karei; *et al.* Vivências e significados da Consulta do Enfermeiro em puericultura: análise à luz de Wanda Horta. **Rev. Enfem. UFSCM - REUFMSM**, v. 10, e. 65, p, 2 - 21, Santa Maria - RS, 2020. - (Seiga *et al.*, 2020).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. Departamento Científico de Neonatologia. Seguimento ambulatorial do prematuro de risco. **Arte e composição**, 2021.

SOLANO, Lorrainy da Cruz; *et al.* Coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro: desafios para a Atenção Primária à Saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v. 23, e. 1168, 2019.

TEIXEIRA, Elisabeth. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais. **Editora Moriá**, ed. 2, 2020.

VERA, Samuel Oliveira; *et al.* Fontes estressoras em pacientes de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. RENE**, v. 19, e. 3478, Agost. 2018.

VIEIRA, Daniele de Souza; *et al.* Nursing practices in child care consultation in the Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, e. 4890017, 2018.

5.1.2 Produto 2 - Construção de um sumário de alta para continuidade do cuidado do prematuro na atenção primária à saúde

INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, sofrendo influência do crescente avanço tecnológico, a assistência e o cuidado em saúde tiveram um aumento em sua complexidade. As inovações tecnológicas têm rapidamente avançado e rapidamente sendo aprimoradas para a área da saúde, se tornando grandes aliados à prática assistencial, agregando à assistência ao paciente um cuidado de qualidade (Nascimento, 2021; Teixeira, 2020).

Para tanto devemos superar a associação de tecnologia com equipamentos de alta complexidade, tendo convicção de que as tecnologias podem, também, ser aplicadas para mediar os processos. Para Nietzsche, *et al* (2005)

A tecnologia deve ser entendida como o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática.

Ao nascer prematuramente o recém-nascido (RN) precisa adaptar-se rapidamente, devido às particularidades da prematuridade, envolvendo a imaturidade orgânica e fisiológica. Destaca-se, portanto, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN), como locais cabíveis de responsabilidades pelo uso de ferramentas tecnológicas para restabelecer as condições de saúde dos pacientes. A UTIN é uma área complexa que está permeada por necessidades tecnológicas de alta intensidade, também designadas como tecnologias duras. Contudo, para além das intervenções tecnológicas duras, deve ser ofertado aos RNs uma assistência holística e humanizada, que garanta a continuidade do cuidado e suprimento das necessidades advindas do período de internação, pelos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) percorridos (Nascimento, 2021; Mhery, 2000; Aguiar *et al.*, 2022).

No cenário exposto, frente aos complexos e plurais desafios enfrentados no atendimento, surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), constituindo uma base norteadora para o enfrentamento das dificuldades (Brasil, 2018). Na figura 1 apresenta-se um demonstrativo dos sete eixos estratégicos da

PNAISC bem como as possibilidades de RAS da linha neonatal e infantil, tendo como a transversalidade as linhas de cuidado traçadas.

Figura 4: Eixos estratégicos da PNAISC e das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, 2018.

Ao se tratar de um prematuro, que viveu um processo de internação em UTIN necessitando de cuidados intensivos, tratamentos e procedimentos especializados, após a alta, ele leva consigo a necessidade de cuidados especiais e continuados (Aguiar *et al.*, 2022). Essas considerações vão ao encontro de dois eixos da PNAISC:

- Eixo Estratégico III – Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral
- Eixo Estratégico IV - Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas

Para efetivação e cumprimento destas ações de saúde voltadas ao prematuro, torna-se fundamental o desenvolvimento de uma relação dialógica, envolvendo os profissionais de saúde. Neste contexto destaca-se a comunicação entre os profissionais de diferentes pontos da RAS visando aprimorar a qualidade e a eficácia da assistência prestada, minimizando os impactos nocivos ao crescimento e desenvolvimento (Ferreira *et al.*, 2021).

É indiscutível a necessidade de dispor de ferramentas tecnológicas aliadas à efetividade do estabelecimento de sistemas de comunicação para a operacionalização do cuidado dentro da RAS. Para isso pode-se usar diferentes mecanismos, ao qual melhor se adapta às rotinas do serviço e a realidade assistencial (Oliveira; Silva; Souza, 2021; Asis *et al.*, 2022)

Ao considerar que o estabelecimento de comunicação entre os pontos da RAS é medular para a continuidade do cuidado, este estudo objetiva descrever a construção de uma tecnologia assistencial, do tipo sumário de alta para continuidade do cuidado do recém-nascido prematuro na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Este estudo está vinculado à macro pesquisa Desenvolvimento de Tecnologias para a Consulta do Enfermeiro nas Redes de Atenção à Saúde, financiado pelo Edital nº 8/2021 do Programa de Pós-Graduação (PDPG) – CAPES/COFEN. Possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob o parecer nº 5.047.628. Todos os preceitos éticos foram respeitados. Aos participantes foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o termo de Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações.

Trata-se da descrição da segunda etapa de uma pesquisa metodológica que aconteceu em quatro etapas adaptadas de Polit e Beck (2018), Benevides *et al.*, (2016), Teixeira e Nascimento (2020), fase exploratória, construção da tecnologia, validação e publicização e socialização dos produtos.

Para subsidiar a construção da tecnologia foi realizado um Diagnóstico Situacional de Enfermagem, a fim de obter o perfil assistencial prestado aos prematuros durante sua internação e após a alta hospitalar. Participaram 11 enfermeiras, sendo três atuantes como coordenadoras de UTIN, neonatologia clínica e internação pediátrica e oito atuantes na APS das Regiões de Saúde Oeste e Extremo Oeste.

Figura 5: Mapa das regiões de saúde de Santa Catarina, em destaque as regiões de saúde Oeste e Extremo Oeste



Fonte: Estado de Santa Catarina, Regionais de Saúde

A construção do sumário de alta ocorreu a partir da experiência da mestranda na UTIN, somada às necessidades reveladas pelas enfermeiras durante as entrevistas do diagnóstico situacional e aos documentos publicados pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). A partir destes dados foi elaborada a primeira versão do sumário de alta.

A primeira versão do sumário de alta foi apresentada a 10 enfermeiras em novembro de 2023 por ocasião da realização de um Grupo Focal (GF). Das 10 participantes, sete atuavam na APS de municípios da regional de saúde Oeste, duas eram coordenadoras de unidades de internação hospitalar de RNPT e uma enfermeira da coordenação regional da APS da gerência regional de saúde. Realizou-se uma reunião de forma *online* com a enfermeira que atua na coordenação regional da APS e foi elaborada uma lista com sete municípios estratégicos, por conveniência, seguindo a ideia dos municípios que participam com maior facilidade a estes movimentos. Foi elaborado um convite formal e encaminhado para as enfermeiras e para a secretaria de saúde destes municípios via e-mail. Para as enfermeiras do hospital a pesquisadora fez o convite de forma presencial, entregando-lhes o convite físico para que conseguissem a liberação para participação. Nos dias em que antecederam o encontro foi encaminhado um lembrete via *WhatsApp* para as enfermeiras confirmadas.

Na literatura existem variações entre três e 12 participantes para execução de um GF, nesta pesquisa utilizamos como referência de três a 10 pessoas, para garantir a troca de ideias e o aprofundamento do tema (Souza, 2020).

O GF foi realizado de forma presencial, na estrutura física da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). A sala foi organizada com cadeiras em forma de

círculo visando aumentar a interação entre o grupo, favorecendo a troca de ideias e o aprofundamento do tema. O GF contou com duas moderadoras, uma sendo a pesquisadora e a outra a orientadora, e uma graduanda do curso de enfermagem da UDESC como relatora.

O GF teve início com a apresentação das moderadoras, relatora e participantes. O sumário de alta foi apresentado para as participantes, na íntegra, por meio da projeção via *datashow*. Na sequência foram discutidos todos os seus itens, realizadas as mudanças propostas, inclusão e exclusão de informações no documento.

DESENVOLVIMENTO / RESULTADOS

A primeira versão do sumário de alta foi apresentada na íntegra para um grupo de 10 enfermeiras. Cada item foi discutido individualmente, as considerações feitas pelas enfermeiras foram acatadas e o sumário foi modificado. Abaixo apresentamos uma tabela com as modificações feitas após as considerações das enfermeiras para elaboração da versão final do sumário de alta.

Tabela 1: Considerações e modificações realizadas pelas enfermeiras para versão final do sumário de alta

<u>IDENTIFICAÇÃO</u>	
Na primeira categoria foram realizadas considerações frente a diversidade de tipologias familiares e incluído o município de residência do prematuro.	
Primeira versão	Versão final
Recém-nascido de	Nome da criança
Nome da mãe	Nome da mãe/genitora
Nome do pai	Nome do pai/responsável legal
<u>DADOS DE NASCIMENTO</u>	
Nos dados de nascimento foram realizadas somente modificações de disposição estrutural dos tópicos para garantir um melhor aproveitamento das informações.	
<u>DADOS DAS INTERNAÇÃO AO NASCIMENTO</u>	
Nesta categoria foi acrescentado e informação sobre o dia da internação.	
<u>DADOS DO EXAME FÍSICO NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO</u>	
Esta categoria anteriormente era designada como “Avaliação inicial de enfermagem na internação”, porém após considerações da banca de defesa ocorreu a modificação. Nela	

foram incluídas e excluídas informações ao julgar das enfermeiras da Atenção Primária a Saúde através da relevância da informação para a continuidade do cuidado.

INTERCORRÊNCIAS NA INTERNAÇÃO

Esta categoria anteriormente era designada como “Dados da internação”, nela também foram feitas modificações frente a disposição estrutural das informações e inclusão de dados no quesito nutrição.

EXAMES/VACINAS E AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES

Esta categoria anteriormente era designada como “Exames complementares”, nela foram incluídas as avaliações e acompanhamento necessário após a alta com as informações sobre a data de avaliação o diagnóstico e a conduta frente ao achado. Incluídas as vacinas – Hepatite B, Imunoglobulina Anti-Hepatite B, BCG, Haxavalente e da Palivizumabi, aberto um campo para outras caso haja necessidade, além disso foi acrescentado o número de doses realizadas e a data.

DADOS DA ALTA

Nos dados da alta foi feito a inclusão dos dados de exame físico geral no momento d alta, foi incluído os dados sobre alimentação e eliminação, bem como os dispositivos e meios possíveis para tal. Incluídos dados de agendamentos e retornos já feitos no hospital.

Ao final o sumário de alta ficou composto por oito categorias de informações, conforme segue:

- Nome da instituição / Município de nascimento;
- Identificação;
- Dados do nascimento;
- Dados da internação ao nascimento;
- Dados do exame físico no momento da internação;
- Intercorrências na internação;
- Exames / Vacinas e Avaliações complementares;
- Dados da alta

Conforme sugestão das enfermeiras que participaram do processo de construção, o sumário é composto por alternativas fechadas, de forma a facilitar o preenchimento, porém conta com campos para descrever situações e necessidades especiais. É de preenchimento único e exclusivo do profissional enfermeiro. Após a alta hospitalar o sumário de alta será fixado na caderneta da criança.

A seguir será apresentado o sumário de alta em sua versão final.

SUMÁRIO DE ALTA DA CRIANÇA PREMATURA

NOME DA INSTITUIÇÃO/MUNICÍPIO DE NASCIMENTO

Instituição: Município de nascimento:
--

IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança:	Gemelar ()
Nome da mãe/genitora: Nome do pai/responsável legal: Município de residência:	

DADOS DO NASCIMENTO

Data de nascimento __/__/____	Hora____:____
Idade gestacional____+____ - Capurro__+ ____	() PIG () AIG () GIG
Tipo de parto () normal () cesariana / indicação _____ () instrumentalizado _____	Reanimação neonatal na sala de parto () sim () não () VPP em ar ambiente () VPP O2 () IOT () massagem cardíaca () uso de medicações Qual:
Sexo () feminino () masculino () não binário	Apgar 1' __/5' __/10' __/ 15' __/20' __ Malformação/Síndrome () sim () não Se sim descreva
Peso ao nascer____g Perímetro cefálico____cm Perímetro torácico____cm Estatura____cm	
Profilaxia () Vitamina K () Nitrato de prata	

DADOS DA INTERNAÇÃO AO NASCIMENTO

Data da internação __/__/____ Unidade de admissão () UTI Neonatal () Neonatologia clínica	Motivo da internação:
--	-----------------------

DADOS DO EXAME FÍSICO NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO

Exame físico	
Pele () íntegra () lesões – especificar	Coloração () rosado () pálido () ictérico Cianose () ausente () extremidades () generalizada
Cabeça e pescoço	
Crânio () normal () anormal – especificar	Língua () normal () anormal – especificar
Fontanelas () normal () anormal – especificar	Olhos () normal () anormal – especificar
Face () normal () anormal – especificar	Narinas () normal () anormal – especificar
Orelhas () normal () anormal – especificar	Palato () normal () anormal – especificar
Lábio () normal () anormal – especificar	Pescoço () normal () anormal – especificar
Outras alterações:	Outras alterações:
Tórax – cardiopulmonar	
Dificuldade respiratória () ausente () leve () moderada () intensa () apneias	
Ausculta pulmonar () normal () anormal – especificar	
Ausculta cardíaca () normal () anormal – especificar	
Clavícula () íntegras () fraturadas – local e imobilização	
Outras alterações:	
Abdômen/genitália/eliminações	
Abdômen () plano () globoso () distendido	Coto umbilical____artérias____veias
RHA () presentes () ausentes Massas () presentes () ausentes	Genitália externa () normal () anormal Ânus () perfurado () imperfurado <u>Se masculino</u> – testículos () palpáveis () não palpáveis

Outras alterações

Quadril/membros superiores e inferiores

Esquerdo

() normal () anormal – especificar

Teste Ortolani () positivo () negativo

Direito

() normal () anormal – especificar

Teste Ortolani () positivo () negativo

INTERCORRÊNCIAS NA INTERNAÇÃO

Cardiopulmonar

Avaliação do cardiologista () sim () não - Se sim diagnóstico _____

Necessidade de acompanhamento pós-alta () sim () não

Suporte ventilatório durante a internação:

() CPAP nasal – tempo de uso:

() Ventilação mecânica – tempo de uso:

() O2 livre na incubadora – tempo de uso:

() óxido nítrico – tempo de uso:

() BIPAP nasal – tempo de uso:

() Cateter nasal – tempo de uso:

() Traqueostomia – tempo de uso:

Neurológico

Avaliação do neurologista () sim () não

se sim () clínico () cirúrgico – diagnóstico _____

() USG transfontanelar data: __/__/____ resultado:

data: __/__/____ resultado:

data: __/__/____ resultado:

Necessidade de acompanhamento pós-alta () sim () não

Infecções e alterações metabólicas

() Sepsis precoce – Agente: _____

() Sepsis tardia – Agente: _____

() Infecção congênita – Qual: _____

() hipoglicemia () sim () não – Conduta: _____

() hiperglicemia () sim () não – Conduta: _____

Nutrição

Nutrição parenteral () sim () não Tempo de uso: _____

Nutrição enteral / SOG / SNG () sim () não Tempo de uso: _____

Atingiu nutrição enteral plena ____ dias de vida

Tipo de leite:

() LME () LHP () Oferta mista () Aditivos (FM85 e TCM) () Fórmula exclusiva Qual:

Nutrição oral () sim () não

Tipo de leite:

() LME () LHP () Oferta mista () Fórmula exclusiva Qual: _____

Medicações

Surfactante () sim () não Nº de doses: _____

Antibiótico () sim () não Quais:

Antifúngico () sim () não Quais:

Droga vasoativa () sim () não Quais:

Glicose () sim () não

Insulina () sim () não

Procedimentos

Fototerapia () sim () não Tempo de uso: _____ () exsanguineotransusão

Transusão sanguínea () sim () não Quantas: _____ Data da última: __/__/_____

Drenagem torácica () sim () não

Cirurgias () sim () não Qual: _____ Data: __/__/_____

Qual: _____ Data: __/__/_____

Cateter venoso central () sim () não Qual: _____ Data: __/__/_____

Qual: _____ Data: __/__/_____

Qual: _____ Data: __/__/_____

EXAMES / VACINAS E AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES

Triagem neonatal	Data	Resultado
Teste reflexo vermelho		
Teste do pezinho Recoleta		
Teste do coraçãozinho		
Teste da orelhinha		
Teste da linguinha		

Avaliações/ acompanhamento	Data	Diagnóstico	Conduta
Oftalmologista			
Neurologista			
Cardiologista			

Fonoaudiólogo			
Ortopedista			
Cirurgião pediátrico			
Outros			

Vacinas	Data/Doses
<input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Imunoglobulina Anti-Hepatite B <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Hexavalente <input type="checkbox"/> Palivizumabi	
Outras	

DADOS DA ALTA

Data ___/___/___	Dias de vida _____	Idade gestacional corrigida ___+ ___
Peso _____g Perímetro cefálico ___cm Perímetro torácico ___cm Estatura ___cm	Exame físico geral () normal () anormal Especificar:	
Alimentação <input type="checkbox"/> leite materno exclusivo <input type="checkbox"/> misto <input type="checkbox"/> fórmula _____ <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> gastrostomia		
Oxigenioterapia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim método de oferta	Eliminações <input type="checkbox"/> em fralda <input type="checkbox"/> colostomia <input type="checkbox"/> ileostomia() urostomia	
Agendamentos/retornos:		

Exames agendados:
Observações:
Enfermeiro responsável pelo preenchimento:

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi idealizada para contribuir com o desenvolvimento e o crescimento saudável da criança prematura e proporcionar a continuidade do cuidado após a alta hospitalar de forma eficiente e segura.

O sumário de alta foi desenvolvido com foco em uma necessidade real e construído com os preceitos de facilidade de preenchimento, conforme sugerido pelo público-alvo. Encontra-se validado pelo processo de validação semântica, realizado por enfermeiras, caracterizando-o como apropriado para o uso.

Verificou-se que o itinerário terapêutico entre os diferentes níveis da RAS, ainda enfrenta um grande viés associado ao trabalho solitário e fragmentado dos profissionais de saúde. O sumário de alta desenvolvido é uma ferramenta que pode potencializar a atenção à criança prematura, a fim de garantir a efetividade da comunicação, para atender ao princípio da integralidade. No entanto, salienta-se a importância de os profissionais da atenção hospitalar preenchê-lo e dar os devidos encaminhamentos para tal.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Joycianne Ramos Vasconcelos; *et al.* Avaliação das internações dos recém-nascidos em uma UTI Neonatal durante uma pandemia. **Revista Uruguaya de Enfermería**, 17(2):e2022v17n2a7, 2022.

ASIS, Julia Maria; *et al.* Tecnologia em saúde implementadas na atenção à saúde das crianças: revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atual in Derme**, v. 96(39):e021287, 2022.

BOCKORNI, Beatriz Rodrigues da Silva; GOMES, Almiralva Ferraz. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa de campo da administração. **Revista de Ciência Empresariais da UNIPAR**, 22(1), 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da criança: orientações para implementação. Brasília – DF, 2018.

FERREIRA, Débora de Oliveira; *et al.* Unidade de média e alta densidade tecnológica: a comunicação como tecnologia para o cuidado. **Rev. Enferm. UERJ**, 29:e59697, 2021.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões para acreditação da Joint Commission International para hospitais. [Editado e traduzido por] **Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde** – Rio de Janeiro, 2011. ISBN 978-85-61459-07-9.

MERHY, Emerson Elis. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor da Saúde. **Debates**. 2000.

NASCIMENTO, Francisco Junio. Humanização e tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **Revista Nursing**, 24(279): p. 6035 – 6039, 2021.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina; *et al.* Enfermagem e o processo de validação de tecnologias voltadas a educação em saúde: estudo bibliométrico. *In*: TEIXEIRA, Elisabeth. Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais. **Moriá Editora**, v. 3, ed. 1, Porto Alegre, 2020.

OLIVEIRA, Cleise Cristine Ribeiro Borges; SILVA, Elaine Andrade Leal; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v31(1):e310105, 2021.

SOUZA, José Raul; SANTOS, Simone Cabra Marinho. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, v.10, 2020.

5.1.3 Produto 3 - Validação de um sumário de alta para continuidade do cuidado do prematuro após a alta hospitalar

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um termo utilizado para designar todo nascimento que ocorre antes das 37 semanas de gestação. Sua etiologia ainda é um grande desafio para a ciência, haja visto sua multifatorialidade e pelo inter-relacionamento desses fatores. Rocha et al., (2022), propuseram um modelo teórico hierarquizado dos determinantes do nascimento prematuro, distribuídos em seis dimensões. No nível distal condições socioeconômicas, no nível intermediário, fatores psicossociais, utilização dos serviços de saúde, comportamento de risco e em nível proximal fatores ligados ao feto e fatores ligados a mãe (Rocha, *et al.*, 2022)

Independentemente de sua causa, os nascimentos prematuros constituem uma das principais causas de mortalidade infantil, e, os que sobrevivem enfrentam consequências para a saúde, com maior incapacidade e atrasos no desenvolvimento, gerando altos custos para o sistema nacional de saúde. Nas últimas décadas as taxas de nascimento prematuros não mudaram em nenhuma região do mundo, sendo que entre 2010 e 2020 ocorreram cerca de 152 milhões de nascimentos prematuros. Em âmbito nacional entre os anos de 2011 e 2019, foram registrados cerca de 3 milhões de nascimentos prematuros, correspondendo a uma prevalência de 11%, situando o país entre os dez com maior ocorrência de nascimento prematuros no mundo (Alberton; Rosa; Iser, 2023; Organização Mundial da Saúde, 2023).

Ao nascer prematuramente, logo após o corte do cordão umbilical, o recém-nascido (RN) inicia as primeiras alterações para um processo de adaptação à vida extra-uterina. Por vezes este processo pode sofrer intercorrências ou modificações fisiológicas que impactam de forma negativa no desenvolvimento sadio, necessitando de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Esta, caracteriza-se como uma área de alta complexidade, que demanda de atenção contínua prestada por profissionais qualificados, a fim de oferecer uma assistência holística e interdisciplinar (Ulian *et al.*, 2023; Aguiar *et al.*, 2022).

Ao entender a complexidade do processo de internação, é imprescindível que seja assegurado a estes prematuros o acesso universal e integral aos serviços de saúde. Para

tanto é necessário que os serviços de saúde operem de forma conectada, de modo a compor uma rede assistencial integrada (Acyfino, Almeida, Hoffmann, 2021).

Para almejar a integralidade assistencial é necessário que ocorra uma conexão entre os serviços do sistema de saúde, conceituada também como continuidade do cuidado, integrando os diferentes serviços de saúde, de forma horizontal, com todos os pontos da rede, com um cuidado contínuo, integral e de qualidade. Este processo requer sobretudo, coordenação da comunicação entre os diferentes profissionais, aspecto relevante para a transição do cuidado de um ponto da rede para outro, superando assim a fragmentação assistencial (Oliveira, *et al.*, 2021; Acyfino, Almeida, Hoffmann, 2021).

Para contribuir com a qualidade assistencial surgem as tecnologias nas práticas dos profissionais de saúde, que rapidamente vêm sendo aprimoradas. Destacamos assim as tecnologias assistenciais, que ocupam um espaço de mediar os processos do cuidar, objetivando apoiar, manter e promover suas vidas. Origina-se assim o sumário de alta, como um documento que fornece uma visão geral da evolução do paciente durante seu período de internação. Os dados do sumário devem ser concisos, precisos e adequados para a comunicação dos profissionais de saúde e paciente, garantindo a segurança na continuidade do cuidado (Nietsche, 2005; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2011; Joint Commission Internacional, 2011).

OBJETIVO

Descrever o processo de validação de um sumário de alta para a continuidade do cuidado do prematuro após a alta hospitalar.

MÉTODOS

Este estudo está vinculado à macro pesquisa “Desenvolvimento de Tecnologias para a Consulta do Enfermeiro nas Redes de Atenção à Saúde”, subsidiada pelo Edital nº 8/2021 do Programa de Pós-Graduação (PDPG) – CAPES/COFEN. Possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob o parecer nº 5.047.628. Todos os preceitos éticos foram respeitados. Aos participantes foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trata-se da descrição da validação, terceira etapa de uma pesquisa metodológica que aconteceu em quatro etapas adaptadas de Polit e Beck (2018), Benevides *et al.*, (2016), Teixeira e Nascimento (2020), fase exploratória, construção da tecnologia, validação e publicização e socialização dos produtos.

Na primeira etapa da pesquisa aconteceu a fase exploratória com o intuito de delinear o itinerário terapêutico do prematuro e identificar as necessidades envolvidas neste processo. Na segunda etapa ocorreu a construção do sumário de alta, a partir da experiência da própria pesquisadora, somada às necessidades reveladas pelas enfermeiras durante as entrevistas da fase exploratória e aos documentos publicados pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Na terceira etapa aconteceu o processo de validação semântica.

A validação semântica é realizada pelo público-alvo, ou seja, pelas pessoas que irão consumir a tecnologia. Esse tipo de validação determina se a tecnologia se caracteriza como apropriada, nela será avaliado a representação estética, as linhas, e formas, além de verificar se a tecnologia está adequada em relação a clareza, facilidade de leitura e compreensão da disposição (Nietsche, *et al.*, 2020).

O processo de validação semântica ocorreu durante a realização de um Grupo Focal (GF). Participaram do encontro 10 enfermeiras, para determinação do público, realizou-se uma reunião de forma *online* com uma enfermeira que atua na coordenação regional da Atenção Primária à Saúde (APS) da gerência regional de saúde e foi elaborado uma lista por conveniência, com sete municípios estratégicos, seguindo a ideia dos municípios que aderiam com maior facilidade a estes movimentos. Foi elaborado um convite formal e encaminhado para as enfermeiras e para a secretaria de saúde dos municípios via e-mail. Para as enfermeiras do hospital de referência a pesquisadora lhes entregou o convite físico. Nos dias que antecederam o encontro foi novamente encaminhado um lembrete agora via *WhatsApp* para as enfermeiras confirmadas.

Para avaliação do Índice de Concordância Semântica (ICS), foi realizado duas equações matemáticas, o índice de concordância semântica no nível do item (I-ICS), calculado a partir da divisão entre o número de respostas positivas a um critério de validação estabelecido, e o número total de respostas do item, ou seja, $ICS = \frac{n^{\circ} \text{ respostas } 3 \text{ e } 4}{n^{\circ} \text{ total de respostas do item}}$, objetivando calcular o índice de concordância individual. Também foi calculado o índice global de concordância semântica (S-ICS Global), estruturado pela média dos I-ICS para todos os critérios de validação (Teixeira, 2020; Siqueira, *et al.*, 2020).

Para serem aprovadas os itens deverão obter um ICS de no mínimo 0,80. Os itens que obtiverem valor inferior a 0,80 poderão ser revisados e submetidos a adequações quando possível (Teixeira, 2020).

RESULTADOS

O processo de validação semântica aconteceu no dia 22 de novembro de 2023, através da realização de um GF no espaço físico da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Participaram do GF 10 enfermeiras, todas do sexo feminino, com idade entre 25 e 56 anos, em sua totalidade possuíam especializações, e duas destas possuíam mestrado em enfermagem. Destas, sete enfermeiras atuam na APS de municípios pertencentes à região de saúde Oeste, duas como coordenadoras de unidades de internação hospitalar de prematuros e uma enfermeira da coordenação regional da APS. Para sua realização contou-se com duas moderadoras, sendo a pesquisadora e a orientadora e uma graduanda do curso de enfermagem da UDESC como relatora.

O GF teve duração aproximada de 2 horas e meia, primeiramente a moderadora um fez a apresentação do sumário de alta na íntegra através de sua retroprojeção e as enfermeiras puderam ter uma visão geral dele. Após foi entregue na forma física através da impressão em folha A4 o sumário de alta para que pudessem manuseá-lo.

Foi aplicado então um instrumento de validação semântica adaptado do modelo desenvolvido por mestrandas do programa de mestrado profissional da UDESC. O instrumento é dividido em três partes: a primeira contendo a caracterização de quem fez a validação; a segunda por orientações quanto ao preenchimento do instrumento; e a terceira constituída por 10 itens para validação, apresentados na tabela 1. Cada item foi avaliado com base em uma escala Likert com pontuação de 1 a 4, sendo 1 inadequado, 2 parcialmente adequado, 3 adequado e 4 totalmente adequado. Quando destinado o item um e dois foi solicitado que fosse escrito o motivo ou sugestão pelo qual considerou essas opções (Zanatta, *et al.*, 2021).

Para cálculo do ICS, os dados foram tabulados pela própria pesquisadora na ferramenta *Microsoft Excel*, e após analisados por meio de duas equações matemáticas já descritas anteriormente para obtenção do Índice de Concordância Semântica em nível de item (I-ICS) e o Índice Global de Concordância Semântica (S-ICS Global).

O I-ICS de cada item está apresentado na tabela abaixo. O S-ICS Global foi de 0,99, sendo assim o sumário de alta foi considerado como validado semanticamente.

Tabela 2: Apresentação de I-ICS e S-ICS Global do processo de validação semântica

Descrição dos itens avaliados	I-ICS
O tamanho da letra do título e dos tópicos é adequado	0,9

A extensão dos tópicos está adequada	1
Os tópicos seguem uma sequência lógica	1
A sequência das informações é consistente	1
Os tópicos estão claros, facilitam a compreensão	1
Os tópicos facilitam o preenchimento	1
Os tópicos contemplam a exposição da temática	1
Os títulos e subtítulos são claros e informativos	1
A tecnologia apresenta-se de forma lógica estimulando o interesse pelo tema e preenchimento	1
A tecnologia sana as necessidades de atendimento durante consulta do enfermeiro e/ou atendimento a criança prematura	1
S-ICS GLOBAL	0,99

Fonte: elaboração própria pesquisadora, 2024.

DISCUSSÃO

O conhecimento e análise do itinerário terapêutico do prematuro na Rede de Atenção à Saúde (RAS), durante a primeira etapa da pesquisa, permitiu observar que apesar de ser bem delineado, com seu trajeto delimitado pelas condições e necessidades de saúde do prematuro, é majoritariamente direcionada pelo profissional médico. Os enfermeiros ainda desempenham um papel incipiente, ocasionando lacunas na assistência. A comunicação entre os profissionais de saúde durante o percurso do prematuro pela RAS não é padronizada, focando somente nas condições de alta, ignorando as complicações e intervenções já realizadas durante a internação.

Ao receber alta hospitalar é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), dar continuidade ao cuidado, através das consultas de puericultura (Siega, *et al.*, 2020). No cenário pesquisado, o calendário de consultas ocorre de maneira intercalada entre os profissionais de saúde, prevalecendo o acompanhamento com o médico pediatra. Percebe-se ainda, a insegurança dos enfermeiros frente ao atendimento prestado aos prematuros durante as consultas de puericultura, podendo ser associado pela inexperiência e baixa frequência das consultas realizadas, devido ao modelo de calendário de consultas preconizado, onde o enfermeiro irá consultar o prematuro em poucos momentos.

A oportunidade de acesso às informações, a vinculação dos serviços de saúde e a continuidade assistencial estão ligados pelo elo da qualidade assistencial. Para facilitar este processo busca-se alternativas estratégicas bem como o desenvolvimento de tecnologias assistenciais (Acylyno, Almeida, Hoffmann, 2021; Teixeira, 2019). Neste contexto surge o sumário de alta como um documento que colabora com a construção da integração e interdependência entre os serviços hospitalares e da Atenção Primária à Saúde, a partir da comunicação, seja ela por meio físico ou eletrônico. A integração entre os serviços de saúde e a efetividade na transição do cuidado reduz as reinternações hospitalares, reduzindo custos para o sistema de saúde e aumenta a qualidade de vida dos pacientes e familiares (Reis, *et al.*, 2015; Santos, *et al.*, 2022).

Conforme sugestões das enfermeiras que participaram do processo de construção, o sumário de alta é composto por alternativas fechadas de forma a facilitar o preenchimento, porém conta com campos para descrever situações e necessidades especiais. É de preenchimento único e exclusivo do profissional enfermeiro.

Vale ressaltar que para garantir a eficácia e eficiência do sumário de alta é necessário que ocorra o processo de validação pelos enfermeiros que irão utilizá-lo. Nesse sentido, a validação semântica é realizada pelo público-alvo, ou seja, para aqueles a quem a tecnologia se destina. Este processo prevê a credibilidade da tecnologia para o uso, buscando identificar a utilização dos termos, entendimento, facilidade de utilização e outros pontos que determinam se a tecnologia é apropriada ou não para o uso (Nietsche, *et al.*, 2020; Silva, *et al.*, 2015).

A participação ativa do público-alvo no processo de criação e de validação do sumário de alta potencializa a interface participativa no desenvolvimento da tecnologia assistencial. Teixeira (2019) apresenta três “densidades” de participação do público-alvo. A primeira densidade é de baixa intensidade, a participação é possibilitada após a criação da tecnologia. A segunda densidade é de média intensidade, possibilitando a participação antes da criação da tecnologia. A terceira densidade é de alta intensidade, viabiliza a co-criação na tecnologia, o público-alvo não só manifesta seu saber-fazer cotidiano como participa da criação. O desenvolvimento participativo é possibilitado por meio de GF, que garantem a interação entre participantes, tecendo juntos o conteúdo e a aparência da tecnologia (Teixeira, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A validação semântica garantiu ao sumário de alta desenvolvido maior possibilidade e facilidade de adesão pelo público-alvo, ao garantir que o sumário de alta seja efetivo em sua finalidade de ser um documento estratégico que sintetize as informações primordiais para continuidade do cuidado do prematuro.

O sumário de alta foi idealizado com o intuito de auxiliar na realização da consulta do enfermeiro, para tanto buscou-se garantir a participação dos enfermeiros desde o desenvolvimento até a validação do mesmo, para que com o resultado final os serviços de saúde conseguissem uma comunicação eficiente por meio do uso desta importante ferramenta.

REFERÊNCIAS

ACYLINO, Ester Monteiro; ALMEIDA, Patty Fidelis; HOFFMANN, Leandro Marcial Amaral. Acesso e continuidade assistencial na busca por cuidado em saúde: tecendo a rede entre encontros e entrelaçoes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, e. 1, 2021.

AGUIAR, Joycianne Ramos Vasconcelos; *et al.* Avaliação das internações dos recém-nascidos em uma UTI Neonatal durante uma pandemia. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 17, e. 2, 2022.

ALBERTON, Marcos; ROSA, Vanessa Martins; ISER, Betine Pinto Moehlecke. Prevalência e tendência temporal da prematuridade no Brasil antes e durante a pandemia de covid-19: análise da série história 2011 – 2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, e. 2022603, Brasília – DF, 2023.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. Safety and Quality Evaluation of Electronic Discharge Summary Systems Final Report. Sydney: August, 2011.

BENEVIDES, Jéssica Lima; *et al.* Construção e validação de tecnologia educativa sorbe cuidados com úlceras venosas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, e. 2, 2016.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022**. Brasil: IBGE, 2022.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões para acreditação da Joint Commission International para hospitais. [Editado e traduzido por] **Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde** – Rio de Janeiro, 2011. ISBN 978-85-61459-07-9.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina; *et al.* Enfermagem e o processo de validação de tecnologias voltadas a educação em saúde: estudo bibliométrico. *In*: TEIXEIRA, Elisabeth. Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais. **Moriá Editora**, v. 3, ed. 1, Porto Alegre, 2020.

NIETSCHÉ, Elisabeta Albertina; *et al.* Enfermagem e o processo de validação de tecnologias voltadas à educação em saúde: estudo bibliométrico, 2005. In: TEIXEIRA, Elisabeth. Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais. **Moriá Editora**, v. 3, ed. 1, Porto Alegre, 2020.

OLIVEIRA, Lays Souza; *et al.* Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 25, e. 5, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Fundo das Nações Unidas para a infância - UNICEF. Nascido cedo demais: década de ação sobre o nascimento prematuro. 2023. ISBN 978-92-4-007389-0.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem, Porto Alegre, RS. **Artmed**: ed 9, 2018.

REIS, Zilma Silveira Nogueira; *et al.* Análise de conteúdo do sumário de alta obstétrica em maternidade de referência: uma oportunidade para repensar a estratégia da continuidade do cuidado materno e neonatal. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 24, e. 4, p. 476 - 483, 2015.

ROCHA, Aline dos Santos; *et al.* Determinantes do nascimento prematuro: proposta de um modelo teórico hierarquizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, e. 8, 2022.

SANTOS, Mariana Martins; *et al.* Transição do cuidado da atenção terciária para a atenção primária: revisão integrativa da literatura. **Revista Nursing**, v. 25, p. 8173 - 8177, 2022.

SILVA, Laís Mara Caetano; *et al.* Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 38, e. 2, 2015.

SIEGA, Cheila Karei; *et al.* Vivências e significados da consulta do enfermeiro em puericultura: análise a luz de Wanda Horta. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, V. 10, E. 65, P. 1-21. Santa Maria - RS, 2020.

SIQUEIRA, Anelys Feitoza; *et al.* Validação de manual sobre prevenção do suicídio para universitários: falar é a melhor solução. **Rev. Rene**, V. 21, p.1 – 8, 2020.

TEIXEIRA, Elisabeth. Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais. Porto Alegre, RS. **Editora Moriá**: V.2 1ª edição: 2020.

TEIXEIRA, Elisabeth.; NASCIMENTO, Marcia Helena Machado. Pesquisa Metodológica: perspectivas operacionais e densidades participativas. In: TEIXEIRA, Elizabeth. Desenvolvimento de Tecnologias cuidativoeducacionais: volume 2. Porto Alegre: **Moriá Editora**, 2020. p. 51-61.

TEIXEIRA, Elisabeth. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, v. 9, e. 1, 2019.

ULIAN, Ana Luísa; et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para recém-nascidos submetidos a cuidados intensivos. **Cuid Enferm.**, v. 17, e. 1, p. 46-54, 2023.

ZANATTA, Elisangela Argenta; *et al.* Instrumentos para validação de conteúdo e semântica de tecnologias para subsidiar a consulta do enfermeiro. *In*: ZANATTA, Elisangela Argenta. Mestrado Profissional em enfermagem na Atenção Primária à Saúde: impacto e transformação profissional. Ponta Grossa: **Atena Editora**, 2021, p. 36 – 48.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A continuidade do cuidado do prematuro após alta hospitalar é fator determinante para o crescimento e desenvolvimento saudável. O enfermeiro deve atuar ativamente neste processo para possibilitar que todas as necessidades biopsicossociais sejam supridas de forma efetiva, através da consulta do enfermeiro, a fim de detectar e resolver intercorrências precocemente, promovendo saúde e prevenindo os agravos.

Todavia, identifica-se fragilidades na comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, ocorrendo de forma despadronizada, acarretando fragmentação e descontinuidade do cuidado do prematuro.

O sumário de alta desenvolvido neste estudo, busca oferecer a possibilidade de unificar todos os dados e informações sobre o período da internação, oferecendo ao enfermeiro uma visão geral da evolução do prematuro, direcionando os cuidados de enfermagem e garantindo a comunicação entre os profissionais, culminando com a possibilidade de melhoria da assistência.

O sumário de alta desenvolvido apresenta potencial inovador e de impacto em relação a sua relevância, uma vez que ao receber o prematuro com este documento o enfermeiro terá um panorama da complexidade e dinâmica do processo de internação do prematuro, com a individualidade e visão do próprio enfermeiro que o preencheu.

O sumário de alta encontra-se validado pelo processo de validação semântica, realizado por enfermeiras, caracterizando-o como apropriado para o uso. Espera-se assim que ele seja replicado para outras regiões de saúde, bem como para outros hospitais. Além disso, se imagina que este estudo motive os enfermeiros e gestores na realização de movimentos, focando no desenvolvimento e crescimento saudável do prematuro, importantes indicadores de saúde e qualidade assistencial.

Salienta-se a necessidade de dar continuidade às demandas evidenciadas por este estudo, objetivando uma assistência qualificada aos prematuros, bem como a todas as crianças com necessidades especiais de saúde, visando o protagonismo do enfermeiro na realização da sua prática de promoção de saúde e prevenção de agravos, por meio do seu olhar dinâmico e individualizado.

Por fim, este estudo contempla os propósitos da linha de pesquisa Tecnologias do Cuidado do PPGENF - UDESC, atingindo o objetivo de desenvolvimento e validação semântica de uma tecnologia assistencial do tipo sumário de alta focando na promoção da saúde e na prevenção de agravos, para garantia da continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. Diretrizes para cuidados perinatais: 7º edição. **Elk Grove Village**, 2017.

AIRES, Dos Passos Cláudia Luana; *et al.* Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepções de profissionais de saúde da Atenção Primária. **Escola Anna Nery**, Florianópolis, v. 21, p. 1-7, 2017.

ALBUQUERQUE, Elisabeth Maciel de. Avaliação técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas. Dissertação Mestrado em Saúde – **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2009.

ALMEIDA, Bruna, *et al.* Prevalência e fatores associados aos óbitos em prematuros internados. **Arq. Catarin Med.**, V. 48, P. 35 - 50, 2019.

ALMEIDA, Cinthia Reis; *et al.* Experiências maternas na primeira semana de hospitalização do prematuro em cuidado intensivo. **Rev. Enfer. Da UFSM – REUFSM**, Santa Maria – RS, V. 10, E. 75, P. 1- 21, 2020.

ARRUÉ, Andrea Moreira; *et al.* Niños com necessidades especiales de salud egresados de cuidados intensivos neonatal. **Evidentia – Revista de Enfermagem Baseada en La Evidencia**, v. 11, e. 45, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9241-11: requisitos ergonômicos para trabalho de escritórios com computadores: parte 11 - orientações sobre usabilidade. Rio de Janeiro, p. 3, 2002.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. Safety and Quality Evaluation of Electronic Discharge Summary Systems Final Report. Sydney: August, 2011.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. 3ª reimp. da 1ªed., São Paulo, **Edições 70**, 2016.

BENEVIDES, Jéssica Lima; *et al.* Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlceras venosas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, e. 2, 2016.

BOCKORNI, Beatriz Rodrigues Silva; GOMES, Almiralva Ferraz. A amostragem em *snowball* (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Método Canguru: manual técnico. Brasília – DF: 3ed, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar – Sobre atenção domiciliar. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da criança: passaporte da cidadania. Brasília - DF, 3ed. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo do Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR**. Florianópolis - SC, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. Brasília - DF, 2016a.

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

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. Brasília - DF, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Brasília -DF, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Política nacional de atenção integral à saúde da criança: orientações para implementação. Brasília – DF, 2018a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.489, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília – DF, 1986.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF, 1990.

BRASIL. Secretaria do Estado de Santa Catarina. Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023. Florianópolis, 2019.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa; *et al.* Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. **Rev. Paul. Pediatr.** V. 35 E. 1, P. 102 – 109, São Paulo, 2017.

CARVALHO, Alexandra Rocha Nalma; *et al.* A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. **Acta Paulista Enfermagem**, V. 38, p. 1-9, 2021.

CASTRO, Oliveira Claudia Ana; DUARTE, Dittz Elysangela; DINIZ, Aparecida Ieda. Intervenção do enfermeiro às crianças atendidas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, V.7, p. 1-9, 2017.

CATECATI, Tiago; *et al.* Métodos para a avaliação da usabilidade no design de produtos. **DAPesquisa**. V. 6, p. 564 - 581, Florianópolis: 2018.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução COFEN nº 736 de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília – DF: 2024.

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREn – MG). Diagnóstico Administrativo/Situacional de Enfermagem/Saúde: subsídios para elaboração. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <https://docplayer.com.br/7695770-Conselho-regional-de-enfermagem-de-minas-gerais-unidade-de-fiscalizacao.html>

DEFILIPO, Érica Cesário; *et al.* Fatores associados à prematuridade: estudo caso controle. **Rev. Paul Pediatr.** V. 20, 2022.

DEON, Keila Cristiane; *et al.* Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS Atopic Dermatitis Module (ADM). **Rev. Esc. Enferm. USP.** V. 45, P. 450 – 457, 2011.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DIVE. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Florianópolis - SC, 2022.

FASSARELA, Letícia Guimarães; *et al.* A compreensão da enfermagem acerca do cuidado compartilhado à criança com condição crônica hospitalizada. **Rev. Enferm UERJ.** V. 30. Rio de Janeiro, 2022.

FAVARO, Leda Cristina; *et al.* Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária. **Rev. Min. Enferm. REME.** V. 24, e. 1277, 2020.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; PADOVEZE, Maria Clara; SOARES, Cassia Baldini. Tecnologias de sistematização da assistência da enfermagem a famílias na atenção primária à saúde. **Programa MPAPS – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.** São Paulo – SP, 2020.

GATTI, Bernardete Angelina. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. **Líber Livro**. Brasília – DF, 2005.

GIL, Antonio Carlos. Como fazer pesquisa qualitativa. 1ed., Barueri: **Atlas**, 2021.

GUSMÃO, Ricardo Otávio Maia; *et al.* Sentimentos e emoções de mães de prematuros de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm. do Centro-Oeste Mineiro - RECOM**, V.11, p.1-10, 2021.

HANZEN, Ingrid Pujol; *et al.* Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para subsidiar a consulta de enfermagem à criança. **Enfrm. Foco**, V 16, P 16 - 21, 2019.

HONORIO, Emile Maria dos Santos; *et al.* Gestação: implicações na vida da gestante. **REVISA**, v. 11, p. 356 - 369, 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022**. Brasil: IBGE, 2022.

KITZINGER, Jenny. Grupos focais. *In*: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª edição. Porto Alegre: **Artmed**, 2009, p. 33 – 43.

LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini. Metodologia da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática. **Moriá Editora**, E. 1. 2016.

LANDIS, Richard J; KOCH, Gary G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics** V. 33, p. 159 – 174, 1977.

LIMA, Ana Cláudia Búrigo; *et al.* Função e atuação do serviço de atendimento domiciliar na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras de Med Fam Comunidade – RBMFC**, V. 17, Rio de Janeiro, Jan-Dez 2022.

LIMA, Emily da Cruz; *et al.* Vivências de familiares durante o trabalho de parto pré-termo. **Rev Cuid**, Bucaramanga, Colombia. V. 10, p. 1-13, 2019.

LIMA, Hentiele Feksa; *et al.* (Des)constituição da rede de atenção à saúde de crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**, v. 11, e. 40, P. 1-20, Santa Maria – RS, 2021.

LIMA, Letícia Siniski. Gestão de alta como estratégia para a continuidade do cuidado na atenção à mulher e recém-nascido. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. **Universidade Federal do Paraná**, 2021.

LIMA, Letícia Sinisku; *et al.* Contrarreferência: estratégia para continuidade do cuidado na saúde da mulher e recém-nato. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 25, 2023.

MARTINELLI, Guidoline Katrini; *et al.* Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, V. 38, p. 1-15, 2021.

MERHY, Emerson Elis. Um ensio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor da Saúde. **Debates**. 2000.

MERRIAM, Sharan B.; TISDELL, Elizabeth J. Qualitativa Research: A guide to design and implementation. 4ed., San Francisco : **Jossey-Bass**, 2016.

MONTORO, Mário Perez; CIRINO, J. Antônio. Gestão da informação e da comunicação em saúde: intersecções e inter-relações entre os dois campos. **Reciis - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 17, p. 14 - 17. Rio de Janeiro, 2023.

NASCIMENTO, Ana Celi Silva Torres; *et al.* Percepção da prematuridade por familiares na unidade neonatal: estudo transcultural. **Revista Cuidarte**, V. 13, 2021.

NEVES, Eliane Tatsch, *et al.* Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 24 e. 2, P.399-406, Florianópolis, Abr-Jun 2015.

NIETSCHKE, Elisabeta Albertina; *et al.* Enfermagem e o processo de validação de tecnologias voltadas a educação em saúde: estudo bibliométrico. *In*: TEIXEIRA, Elisabeth. Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais. **Moriá Editora**, v. 3, ed. 1, Porto Alegre, 2020.

OLATUBI, Mateus Idowu; *et al.* Knowledge, Perception, and Utilization of Standardized Nursing Language (SNL) (NNN) among Nurses in Three Selected Hospitals in Ondo State, Nigeria. **Int J Nurs Knowl**, V. 30, P. 43 - 48. Janeiro, 2019.

OLIVEIRA, Andreia Elisa Garcia; CURY, Vera Engler. A experiência de pacientes assistidos por um serviço de atenção domiciliar (SAD). **Psicol. Estud**, V. 25, E. 44108. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas - Brasil. Relatório aponta que 152 milhões de bebês nasceram prematuros na última década. Brasil, 2023. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2023/05/1814187>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Nações Unidas – Brasil. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasil, 2018.

PASQUALI, Luiz. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. Porto Alegre, Brasil: **Artmed**, p. 560, 2010.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. Dicionário de educação profissional em saúde. Rev. Ampl, 2ed. Rio de Janeiro: 2008.

PILGER, Carolina Heleonora; *et al.* Vivências de mães de bebês prematuros: da gestação aos cuidados no domicílio. **Rev. Enferm. da UFSM – REUFSM**, V. 12, P.1-20, 2022.

PRADO, Crislaine Loquetti Santos Rainho, *et al.* Comunicação interprofissional e participação do usuário na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 32, 2023.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem, Porto Alegre, RS. **Artmed**: ed 9, 2018.

RAMOS, Andreia Caroline Ribeiro, *et al.* Perfil de morbidade no primeiro ano de vida entre recém-nascidos de alto risco. **Archivos Latinoamericanos de nutrición**, V. 72, P, 235 - 241, 2022.

ROSA, Nisa Rubina Pereira Souto; CURADO, Maria Alice dos Santos; HENRIQUES, Maria Adriana Pereira. Percepções dos pais sobre as práticas de educação em saúde na Unidade Neonatal. **Esc. Anna Nery**, V. 26, P. 1 – 7, 2022.

SIEGA, Cheila Karei; *et al.* Vivências e significados da consulta do enfermeiro em puericultura: análise a luz de Wanda Horta. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, V. 10, E. 65, P. 1-21. Santa Maria - RS, 2020.

SIQUEIRA, Anelys Feitoza; *et al.* Validação de manual sobre prevenção do suicídio para universitários: falar é a melhor solução. **Rev. Rene**, V. 21, p.1 – 8, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento científico de neonatologia. Seguimento ambulatorial do prematuro de risco. São Paulo - SP, 2012.

SOLANO, Cruz Lorrainy; *et al.* Coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro: desafios para a atenção primária a saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, V. 23, p. 1-8, 2019.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juíz de Fora: UFJF, V. 10, P. 1396 – 1416, 2020.

SOUZA, Natália dos Santos; *et al.* Vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev. De Enfermagem UFPE On Line**, Recife V. 13 E 3, P. 680 – 689, 2019.

TEIXEIRA, Elizabeth. Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais. Porto Alegre, RS. **Editora Moriá**: V.2 1ª edição: 2020.

TEIXEIRA, Elizabeth. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. **Res. Enferm. UFSM**, Santa Maria, RS. V. 9, E 1, p. 1-3, 2019.

TEIXEIRA, Elizabeth; NASCIMENTO, Marcia Helena Machado. Pesquisa Metodológica: perspectivas operacionais e densidades participativas. *In*: TEIXEIRA, Elizateth. Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativoeducacionais: volume 2. Porto Alegre: **Moriá Editora**, 2020. p. 51-61.

TULLIS, Thomas; ALBERT, William. Measuring the user experience: collecting, analyzing, and presenting usability metrics. **Editora Morgan Kaufmann Publishers**, 2ª edição : 2013.

VERA, Samuel Oliveira; *et al.* Fontes estressoras em pacientes de unidade e terapia intensiva neonatal. **Rev. Rene**, Teresina – PI, V. 19, P. 1-8, 2018.

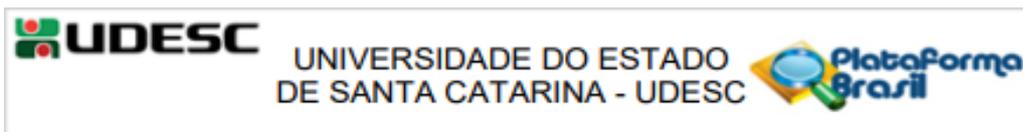
VIEIRA, Daniele de Souza; *et al.* Processo de trabalho de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil. **Rev. Min Enferm REME**, V. 23, E. 1242, 2019.

WALTY, Cynthia Márcia Romano Faria; *et al.* Ações de cuidado e necessidades essenciais de prematuros após a alta hospitalar. **Esc. Anna Nery**, V. 24, P 1 – 13, 2021.

ZANATTA, Elisangela Argenta; *et al.* Instrumentos para validação de conteúdo e semântica de tecnologias para subsidiar a consulta do enfermeiro. *In*: ZANATTA, Elisangela Argenta. Mestrado Profissional em enfermagem na Atenção Primária à Saúde: impacto e transformação profissional. Ponta Grossa: **Atena Editora**, 2021, p. 36 – 48.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS PARA A CONSULTA DO ENFERMEIRO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: Edlamar Kátia Adamy

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50165621.2.0000.0118

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.047.628

Apresentação do Projeto:

Trata-se de segunda versão apresentada ao CEP de Protocolo relacionado a projeto de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção primária à Saúde, proveniente do Departamento de Enfermagem do CEO, intitulado "DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS PARA A CONSULTA DO ENFERMEIRO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE", sob responsabilidade da Profa. Dra. Edlamar Kátia Adamy cuja equipe de pesquisadores são: Carla Argenta, Elisangela Argenta Zanatta, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Silvana dos Santos Zanotelli, Otvani Martins da Silva, Andrea Noeremberg Guimarães, Lucinéia Ferraz, Lucimare Ferraz, Marta Kolhs, Rafael Gue Martini, Otilia Cristina Coelho Rodrigues, Ediane Bergamin, Letícia Maria Rostirolla, Patricia Poltronieri, Débora Rafaelly da Silva Vicente, Alana Camila Schneider, Adriane Karal.

Hipótese:

Diante da necessidade emergente de implantação/implementação da CE nas RAS, se considera de suma importância o desenvolvimento de tecnologias que possam instrumentalizar os enfermeiros na execução deste método de trabalho, que tem as etapas do PE e os SLP como suporte científico. As tecnologias oriundas desta pesquisa, poderão subsidiar enfermeiros e equipe na prestação do cuidado com base em evidências científicas.

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cep.udesc@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 5.047.628

Participantes: 300 enfermeiros

Critério de Inclusão:

Para o curso:

Para os cursos, participarão os enfermeiros atuantes nas RAS da Macrorregião que manifestarem interesse em fazer o curso.

Para a validação:

A validação do conteúdo do curso será realizada por enfermeiros doutores integrantes da RePPE (Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem) que avaliarão o conteúdo em sua dimensão técnico-científica e por pedagogos doutores que farão a avaliação do conteúdo em sua dimensão didático-ilustrativa.

Critério de Exclusão:

Para o Curso:

Serão excluídos aqueles enfermeiros que, no período da realização do curso, estiverem em férias, atestado e/ou licença.

Para validação:

Serão excluídos aqueles que, no período da realização da validação, estiverem em férias, atestado e/ou licença.

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa metodológica. Este tipo de estudo envolve a produção, construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa com o objetivo de elaborar um produto (POLIT, BECK, 2018). A proposta metodológica esteve associada ao desenvolvimento de instrumentos para coleta de dados, envolveu métodos complexos e sofisticados, como modelos de método misto. Nesses casos o pesquisador costuma realizar análises separadas, destinadas a esclarecer um tema metodológico e gerar estratégias para solucionar o problema da pesquisa (POLIT e BECK, 2011). Além disso, a opção pela pesquisa metodológica foi devido a ela permitir desenvolver tecnologias cuidativo-educacionais e gerenciais além da validação (TEIXEIRA, NASCIMENTO, 2020). Desta forma, esta metodologia torna-se aplicável na área da enfermagem, considerando que a prática profissional contempla os enfermeiros assistenciais, enfermeiros docentes, pesquisadores, estudantes e outros profissionais da saúde, permite uma interação e integração entre os ensino-serviço. De acordo com Polit e Beck (2011), a pesquisa aplicada é motivada a partir de uma necessidade existente, e tem como objetivo construir intervenções

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cep.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.047.628

imediatas do problema. Campo do estudo O estudo será desenvolvido com os enfermeiros que desenvolvem suas atividades laborais nos municípios que compõem a Coordenação Macrorregional de Saúde Grande Oeste, a Supervisão Regional de São Miguel do Oeste e a Agência de Saúde de Xanxerê. O território compreende três regiões saúde, sendo Região de Saúde Oeste (27 municípios), Região de Saúde de Xanxerê (21 municípios) e Região de Saúde Extremo Oeste (30 municípios), totalizando 78 municípios. Para os cursos, participarão os enfermeiros atuantes nas RAS da Macrorregião que manifestarem interesse em fazer o curso. Serão excluídos aqueles que, no período da realização do curso, estiverem em férias, atestado e/ou licença. Após aceite, será solicitado aos participantes o preenchimento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado em meio virtual para a participação no estudo (APÊNDICE A). Etapas do estudo Para o desenvolvimento desta pesquisa serão desenvolvidas cinco etapas, adaptadas de Polit e Beck (2018), Benevides et al (2016), Teixeira, Nascimento (2020) sendo elas: Fase exploratória, Construção da tecnologia, Validação, Avaliação, Publicização.

Fase exploratória: Essa etapa tem como objetivo o aprofundamento nos conhecimentos das áreas preliminarmente envolvidas na pesquisa, permitindo uma compreensão mais aprofundada dos temas e conteúdo a serem levados em consideração para a construção do portal.

Construção da tecnologia: Desenvolvimento de tecnologia cuidativo-educacional. Esta etapa será realizada no período entre janeiro de 2022 e dezembro de 2025, a depender do atendimento do objetivo proposto. Tendo em vista o caráter tecnológico e a necessidade de conhecimentos técnicos, essa etapa poderá contar com a participação de um analista de sistemas da UDESC e de um designer para operacionalizar e organizar os conteúdos dos

cursos no Moodle® da UDESC, além de pesquisadores do estudo, para desenvolvimento das tecnologias, após a seleção e desenvolvimento dos conteúdos que emergiram das etapas anteriores.

Validação: A validação consiste em uma estratégia para avaliar e mensurar o que é proposto pela pesquisa e se refere à proporção do que se quer mensurar, conferindo fidedignidade ao estudo (NIETSCHE, TEIXEIRA, MEDEIROS; 2014; NIETSCHE et al., 2020). No presente estudo, serão considerados dois aspectos de validação: conteúdo e semântica.

Avaliação: A avaliação será constituída de duas etapas:

1) Na perspectiva do DIC, a avaliação ocorre durante todo o processo de construção da tecnologia, desde a concepção até a implementação e finalização 2) Será feita a avaliação do impacto causado pelo produto, por meio de um instrumento elaborado pela autora para este fim, seguindo as recomendações do documento de relatório de Impacto Social (CAPES, 2019)

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cep.udesc@gmail.com

Metodologia de Análise de Dados:

A análise qualitativa seguirá a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que se divide em três etapas: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Os dados quantitativos serão originados a partir dos questionários de validação de conteúdo e semântica, respondidos pelos juízes ou público-alvo incluídos no estudo. Após as etapas de seleção dos juízes e respostas aos questionários aplicados aos mesmos, os dados serão tabulados e posteriormente analisados, seguindo o coeficiente de Kappa e Kendal. Após as etapas de seleção dos juízes e respostas aos questionários aplicados aos mesmos, os dados serão tabulados e posteriormente analisados, seguindo o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o Índice de Concordância Semântica (ICS), o coeficiente de Kappa e de Kendall. Para avaliação do grau de concordância entre os juízes enfermeiros e pedagogos em relação ao conteúdo do curso, será utilizado o IVC. Para serem aprovados, os itens deverão possuir IVC maior ou igual a 0,80. Os itens com IVC inferior a 0,80 serão readequados conforme sugestão dos juízes. Para o cálculo do IVC será utilizada a seguinte fórmula: $IVC = \frac{n^{\circ} \text{ respostas}(_A)3^A + e(_A)4^A + n^{\circ} \text{ total de respostas}}{n^{\circ} \text{ respostas}(_A)3^A + e(_A)4^A + n^{\circ} \text{ total de respostas}}$ (POLIT, BECK; 2011). Para a validação semântica do produto será utilizado o ICS. Para serem aprovados, os itens deverão obter um ICS de no mínimo 0,80. Os itens que obtiverem valor inferior a 0,80 serão revisados e submetidos a readequações. O cálculo do ICS será realizado da seguinte maneira: $ICS = \frac{n^{\circ} \text{ respostas}(_A)3^A + e(_A)4^A + n^{\circ} \text{ total de respostas}}{n^{\circ} \text{ respostas}(_A)3^A + e(_A)4^A + n^{\circ} \text{ total de respostas}}$ (TEIXEIRA, 2020). O ICS é calculado com base em duas equações matemáticas: o índice de concordância semântica no nível do item (I-ICS) e a média do índice de concordância semântica no nível escala (S-ICS/Ave). O I-ICS consiste no índice de concordância semântica dos itens individuais, calculado a partir da divisão entre o número de respostas positivas a um determinado critério de validação estabelecido sobre o número total de respostas ao item. O S-ICS/Ave é compreendido como a média dos índices de concordância semântica para determinado conjunto de critérios de validação. Também será calculado o índice global de concordância semântica (S-ICS Global) da tecnologia produzida, que representa a média dos I-ICS para todos os critérios de validação (SIQUEIRA et al., 2020). Para complementar as validações de conteúdo e semântica, realizadas pelos cálculos de IVC e ICS, será também utilizado os coeficientes de Kappa e de Kendall. Ambos os coeficientes visam garantir a consistência da validação realizada pelos juízes, indicando que esta avaliação não será fruto de alguma aleatoriedade de escolha ou de grande variação na percepção dos avaliadores. Embora o

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007**Bairro:** Itacorubi**CEP:** 88.035-001**UF:** SC**Município:** FLORIANOPOLIS**Telefone:** (48)3664-8084**Fax:** (48)3664-8084**E-mail:** cep.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.047.828

coeficiente de Kappa seja tradicional para validação de pesquisas no campo de Enfermagem (POLIT,

BECK; 2011), há alternativas menos conservadoras e mais adequadas para avaliação de escalas Likert ou outras medidas ordinais. Uma delas é o coeficiente de Kendall. Sua interpretação é semelhante à do coeficiente de Kappa, sendo que ao atingir o valor de 1, indica a existência da concordância perfeita, porém o coeficiente de Kendall

atribui pesos diferentes quando há discordância entre os juízes (CONOVER, 1980). Assim, se no questionário de validação do produto um juiz concorda totalmente com o item (4 = concordo fortemente), outro apenas concorda (3=concordo) e um terceiro discorda fortemente (1=discordo fortemente), o coeficiente Kappa considera todas as diferenças de mesmo peso. Já o coeficiente de Kendall atribui um peso menor à diferença em relação ao segundo juiz (do valor 4 para 3) e um peso maior à diferença em relação ao terceiro juiz (do valor 4 para 1). Nesse sentido, não deixa de ser um coeficiente de Kappa ponderado (COHEN, 1968). Os cálculos desses coeficientes estão disponíveis de modo automatizado em programas estatísticos. Para o presente estudo, será utilizado o programa Minitab 17.

Orçamento, financiamento próprio:

Designer instrucional Custeio R\$ 5.000,00

Submissão do artigo Custeio R\$ 1.400,00

Aquisição Bibliográfica Custeio R\$ 580,00

Assessoria uso de ortografia, gramática e traduções Custeio R\$ 1.000,00

Pendrive 32 GB para armazenamento de dados da pesquisa Custeio R\$ 50,00

Encadernação do Trabalho de conclusão de Curso Custeio R\$ 300,00

Materiais diversos (folhas, canetas, lápis...) Custeio R\$ 100,00

Fotocópias de materiais diversos Custeio R\$ 300,00

Inscrição em evento científico Custeio R\$ 1.000,00

Confecção de banners para apresentação de trabalhos Custeio R\$ 300,00

Total em R\$ R\$ 10.030,00

Cronograma:

Seminário para discussões de marcos teóricos com os pesquisadores 19/08/2021 26/08/2021

Coleta de dados 31/01/2022 30/12/2025

Análise dos dados 31/01/2022 30/12/2025

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cep.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.047.828

Avaliação de impacto 31/01/2022 30/12/2025

Validação de conteúdo e semântica 31/01/2022 30/12/2025

Revisão de literatura 30/07/2021 30/12/2021

Seminário para alinhamento teórico e metodológico 19/08/2021 26/08/2021

Elaboração de artigos científicos 31/01/2022 30/12/2026

Relatório final 01/10/2026 30/12/2026

Elaboração de resumos para eventos 31/01/2022 30/12/2026

Encaminhamento para comitê de ética em Pesquisa 20/07/2021 20/07/2021

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver tecnologias para subsidiar a execução da Consulta do Enfermeiro nas Redes de Atenção à Saúde;

Criar e organizar cursos de capacitação para instrumentalizar os enfermeiros para a execução da Consulta.

Objetivo Secundário:

- 1) Desenvolver tecnologias cuidativo-educacionais para a Consulta do Enfermeiro, considerando as diferentes etapas da vida e situações de cuidado
- 2) Produzir instrumentos para validação, avaliação e impacto das tecnologias
- 3) Validar as tecnologias desenvolvidas para execução da Consulta do Enfermeiro e uso dos sistemas de linguagens padronizada
- 4) Avaliar as tecnologias desenvolvidas, bem como seu impacto e aplicação no cuidado de enfermagem
- 5) Instrumentalizar os enfermeiros da RAS, com ações de Educação Permanente em Saúde, para o uso dos sistemas de linguagens padronizada na consulta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos descritos no projeto básico:

Os riscos previstos da participação no estudo são relacionados a possíveis desconfortos ao responder os questionamentos. Há a possibilidade de desencadear desconforto emocional, ansiedade, angústia e medo. Em caso de algum desconforto ou estresse, as atividades serão interrompidas até o que Senhor(a) se sinta à vontade para continuar. Pode também optar por se retirar da atividade a qualquer momento. Em caso de ocorrer algum desconforto ou estresse, o senhor(a) será acompanhado pelas pesquisadoras que se dispõem a intervir para limitar ou

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cep.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.047.628

remediar qualquer dano causado, mediante atendimento individual. No que tange os riscos relacionados ao ambiente virtual, pode-se citar a Invasão de privacidade; responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; revitimizar e perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; Discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; Divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE). Os pesquisadores asseguram manter/zelar sigilo e confidencialidade de dados conforme orientação do CONEP, entretanto, por se tratar de tecnologia virtual, não se descarta o risco de violação de dados, considerando a limitação dos pesquisadores em garantir total segurança e/ou impedir Hackers de conteúdo.

No projeto detalhado consta na continuidade desse trecho acima, o seguinte detalhamento: "Para armazenamento das respostas deste formulário a pesquisadora responsável fará download para um pen drive de uso exclusivo para este fim, apagando todo e qualquer registro da plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Salieta-se que o pen drive que armazenará as informações será compactado e protegido com senha. Todas as medidas de segurança de informação serão adotadas pelos pesquisadores, mas ainda, será deixado o participante ciente que há risco de violação das informações por tratar-se de ambiente virtual."

Benefícios:

Diretos: Implantação da CE; Implementação da CE, Instrumentalização dos enfermeiros, fortalecimento das ações de integração ensino serviço, fortalecimento das orientações de cuidados de enfermagem na atenção domiciliar. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo educacionais (capacitação, folder, cartilha, aplicativo, manuais, matriz assistencial entre outros).Indiretos: Publicações científicas, socialização dos resultados em reuniões de coordenação de enfermagem dos municípios. Ampliação dos conhecimentos dos pacientes para o autocuidado no domicílio.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado e embasado para a análise ética.

Os objetivos apresentados no PB são os mesmos do PD; e são passíveis de desenvolvimento para pesquisa científica.

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007**Bairro:** Itacorubi**CEP:** 88.035-001**UF:** SC**Município:** FLORIANOPOLIS**Telefone:** (48)3664-8084**Fax:** (48)3664-8084**E-mail:** cep.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.047.628

Os riscos são relacionados a possíveis desconfortos emocional, ansiedade, angústia e medo ao responder os questionamentos. Em caso de algum desconforto ou estresse, as atividades serão interrompidas até o que participante se sinta à vontade para continuar. Em caso de ocorrer algum desconforto ou estresse, o senhor(a) será acompanhado pelas pesquisadoras que se dispõem a intervir para limitar ou remediar qualquer dano causado, mediante atendimento individual. No que tange os riscos relacionados ao ambiente virtual, pode-se citar a Invasão de privacidade; responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; revitimizar e perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; Discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; Divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE). Os pesquisadores asseguram manter/zelar sigilo e confidencialidade de dados conforme orientação do CONEP, entretanto, por se tratar de tecnologia virtual, não se descarta o risco de violação de dados, considerando a limitação dos pesquisadores em garantir total segurança e/ou impedir hackers de conteúdo.

Quanto aos benefícios, são considerados diretos ao possibilitar a implantação da CE; Implementação da CE, Instrumentalização dos enfermeiros, fortalecimento das ações de integração ensino serviço, fortalecimento das orientações de cuidados de enfermagem na atenção domiciliar. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo educacionais (capacitação, folder, cartilha, aplicativo, manuais, matriz assistencial entre outros). E como indiretos: Publicações científicas, socialização dos resultados em reuniões de coordenação de enfermagem dos municípios. Ampliação dos conhecimentos dos pacientes para o autocuidado no domicílio.

Constam critérios de inclusão e exclusão.

O número de participantes é o mesmo em todos os documentos, ou seja, Folha de Rosto, PB, PD.

Há viabilidade do orçamento e cronograma apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

DOCUMENTOS APRESENTADOS/ANEXADOS:

- Folha de rosto, assinada: 300 participantes;
- Projeto de Pesquisa Básico gerado pela Plataforma Brasil;

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cep.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.047.628

- Projeto de Pesquisa Detalhado (inserido pelo pesquisador(a));
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - modelo página do CEP;
- Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas - modelo página do CEP;
- Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (p/ participante) - modelo página do CEP;
- APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PRÉ-CURSO
- APÊNDICE C- PROJETO INSTRUCIONAL
- APÊNDICE D- INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO
- APÊNDICE F- INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA
- APÊNDICE G -INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO
- APÊNDICE H – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE IMPACTO E RELEVÂNCIA DO CURSO
- APÊNDICE I – CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ATENDIMENTO ÀS PENDÊNCIAS LISTADAS NO PARECER nº 4.930.957:

1) Há divergências entre os riscos e benefícios descritos no Projeto Básico, TCLE Enfermeiros e TCLE juízes, rever todos eles de forma a adequar-se ao estudo (vide item "Avaliação dos riscos e benefícios" neste parecer) e a gradação dos mesmos (mínimos). A primeira frase dos riscos do projeto básico, contradiz o restante do parágrafo. Os benefícios do TCLE juízes consta direcionado à crianças. Ainda, rever riscos e benefícios descritos no projeto básico e no projeto detalhado de forma a contemplar ambos públicos, incluindo os riscos característicos do ambiente virtual. Conforme Comunicado CONEP "ORIENTAÇÕES PARA PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL". Caberá ao pesquisador destacar, além dos riscos e benefícios relacionados com a participação na pesquisa, aqueles riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. Adicionalmente, devem ser informadas as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. Rever. PENDÊNCIA ATENDIDA

2) "As pesquisadoras se dispõem a intervir para limitar ou remediar qualquer dano causado em decorrência da participação na pesquisa, mediante atendimento individual pelas próprias pesquisadoras ou pelo serviço de psicologia da UDESC." Anexar uma declaração de anuência do profissional de psicologia da UDESC em estar de acordo para atender possíveis participantes em

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cep.udesc@gmail.com

tela. Sem ônus para o participante e para UDESC. PENDÊNCIA ATENDIDA

3) Esclarecer no projeto sobre a aplicação do questionário pré-curso. Será via-email? Como eles serão convidados? No projeto detalhado consta que: "Nessa etapa também serão aplicados, questionários pré curso de capacitações para avaliar o conhecimento prévio dos enfermeiros sobre o tema que será abordado em cada curso de capacitação (APÊNDICE B)". Porém o questionário é genérico sobre o conhecimento das etapas da consulta, haverá questões destinadas às temáticas selecionadas? PENDÊNCIA ATENDIDA

4) Esclarecer o processo de recrutamento/convite dos enfermeiros e dos juízes. Apenas consta: "Para os cursos, participarão os enfermeiros atuantes nas RAS da Macrorregião que manifestarem interesse em fazer o curso." Como irão manifestar interesse? como saberão do curso? como serão convidados os juízes? como conseguirão os e-mails? PENDÊNCIA ATENDIDA

5) Anexar na Plataforma Brasil os instrumentos conforme serão apresentados aos participantes. Conforme comunicado CONEP se ambiente virtual: "O pesquisador deverá apresentar na metodologia do projeto de pesquisa a explicação de todas as etapas/fases não presenciais do estudo, enviando, inclusive, os modelos de formulários, termos e outros documentos que serão apresentados ao candidato a participante de pesquisa e aos participantes de pesquisa." Além disso, verificar as formas de convite/recrutamento, processo de assentimento, devendo todos estes pontos estarem descritos nos projetos e documentos." Ainda, esclarecer o descarte dos documentos:" Em relação ao ambiente virtual, o mesmo cuidado deverá ser seguido para os registros de consentimento livre e esclarecido que sejam gravações de vídeo ou áudio. É recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados, não sendo indicado a sua manutenção em qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". O pesquisador precisa apontar a forma de descarte utilizada após os cinco anos." "O convite para a participação na pesquisa deverá conter, obrigatoriamente, link para endereço eletrônico ou texto com as devidas instruções de envio, que informem ser possível, a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, a retirada do consentimento de utilização dos dados do participante da pesquisa. Nessas situações, o pesquisador responsável fica obrigado a enviar ao participante de pesquisa, a resposta de ciência do interesse do participante de pesquisa retirar seu consentimento." PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cep.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.047.628

6) Anexar separadamente na Plataforma Brasil e descrever a aplicação dos documentos:

- APÊNDICE G - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO

- APÊNDICE H – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE IMPACTO E RELEVÂNCIA DO CURSO

- APÊNDICE I – CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES.

PENDÊNCIA ATENDIDA

7) Esclarecer qual etapa ocorrerá utilizando a plataforma de videochamadas, conforme consta no TCLE dos enfermeiros. Pelos critérios de inclusão e exclusão consta os enfermeiros para curso. Depois para esse publico consta a aplicação de questionários pré curso de capacitações para avaliar o conhecimento prévio dos enfermeiros sobre o tema que será abordado em cada curso de capacitação (APÊNDICE B). Rever. Ainda esclarecer o que será abordados nos encontros no plataforma Microsoft Teams? incluir roteiro de entrevista. "Os encontros estão previstos para acontecer de forma on-line síncrona, via plataforma Microsoft Teams (Office 365 comercial, versão por assinatura) ou Plataforma moodle® (ambos pelo Office 365 comercial, versão por assinatura). As datas e horários serão acordados com os participantes ao término de cada encontro." "Quanto ao ambiente de videochamada, será disponibilizado link de acesso somente aos participantes convidados, via e-mail individual, contendo um remetente e um destinatário. O(a) Senhor(a) não poderá compartilhar este link com outras pessoas, bem como, não está autorizado a gravar ou fazer imagens dos encontros. A videochamada será gravada apenas pelos pesquisadores que imediatamente após o término do encontro farão download da gravação para um pen drive apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem" no web microsoft stream. Salienta-se que o pen drive que armazenará a gravação será compactado e protegido com senha. Todas as medidas de segurança de informação estão sendo adotadas pelos pesquisadores, mas ainda, há risco de violação das informações por tratar-se de ambiente virtual." PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerando o atendimento às pendências listadas, conclui-se protocolo de pesquisa APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado APROVA o Protocolo de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEP via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEP. A ocorrência de situações adversas durante a execução da

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cep.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.047.628

pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEP via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEP via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação. Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1795140.pdf	25/09/2021 07:50:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	macroprojetoaversao2509.pdf	25/09/2021 07:49:51	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	CARTARESPOSTACEP.pdf	25/09/2021 07:41:03	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	TCLEpublicoalvo.pdf	25/09/2021 07:18:13	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEjuizes.pdf	25/09/2021 07:16:50	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	APENDICEJCONVITE.pdf	25/09/2021 07:13:06	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	APENDICEGavaliacaodocurso.pdf	25/09/2021 07:12:19	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	APENDICEHimpacto.pdf	25/09/2021 07:11:29	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	APENDICEIfotogravacao.pdf	25/09/2021 07:10:15	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	CONSENTIMENTOPARAFOTOGRAFIA S.pdf	26/07/2021 07:34:23	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/07/2021 07:33:47	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Macroprojetofinal_final.pdf	26/07/2021 07:33:10	Edlamar Kátia Adamy	Aceito

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007**Bairro:** Itacorubi**CEP:** 88.035-001**UF:** SC**Município:** FLORIANOPOLIS**Telefone:** (48)3664-8084**Fax:** (48)3664-8084**E-mail:** cep.udesc@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 5.047.628

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/07/2021 07:29:26	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Declaração de concordância	termocienciaeconcordancia.pdf	18/07/2021 13:15:13	Edlamar Kátia Adamy	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 19 de Outubro de 2021

Assinado por:
Gesilani Júlia da Silva Honório
(Coordenador(a))

Endereço: Av.Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cep.udesc@gmail.com

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

CEP Comitê de Ética em Pesquisas
Envolvendo Seres Humanos - Udesc

GABINETE DO REITOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PÚBLICO ALVO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS PARA A CONSULTA DO ENFERMEIRO NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE**”,

tendo como objetivo geral Desenvolver tecnologias para subsidiar a execução da Consulta do Enfermeiro nas Redes de Atenção à Saúde; Criar e organizar cursos de capacitação para instrumentalizar os enfermeiros para a execução da Consulta. E como objetivos específicos: Desenvolver tecnologias cuidativo-educacionais para a Consulta do Enfermeiro considerando as diferentes etapas da vida e situações de cuidado; Produzir instrumentos para validação, avaliação e impacto das tecnologias; Validar as tecnologias desenvolvidas para execução da Consulta do Enfermeiro e uso dos sistemas de linguagens padronizada; Avaliar as tecnologias desenvolvidas, bem como seu impacto e aplicação no cuidado de enfermagem; Instrumentalizar os enfermeiros da RAS, com ações de Educação Permanente em Saúde, para o uso dos sistemas de linguagens padronizada na consulta. Será previamente realizado contato via e-mail e encaminhado o link de acesso ao moodle® juntamente com o instrumento contendo a escala de Likert para sua aplicação via *Google forms*®.

Esta pesquisa envolve ambientes virtuais como e-mail e plataforma de videochamadas. Os encontros estão previstos para acontecer de forma *on-line* síncrona, via plataforma *Microsoft Teams* (Office 365 comercial, versão por assinatura) ou Plataforma moodle® (*ambos pelo* Office 365 comercial, versão por assinatura). As datas e horários serão acordados com os participantes ao término de cada encontro. O(a) Senhor(a) não é obrigado a participar de todos os encontros e, não terá despesas e nem será remunerado pela participação na pesquisa. Em caso de danos em seu computador, e havendo comprovação, por meio de avaliação por empresa habilitada, de

que foi decorrente da participação nesta pesquisa em ambiente virtual, será garantido ressarcimento.

Por isso, antes de responder participar das atividades disponibilizadas em ambiente não presencial ou virtual, será apresentado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a sua anuência. Este termo deverá ser assinado e, entregue ao seu coordenador de unidade ou você poderá declarar anuência e, concordância em participar deste estudo através de resposta a este e-mail que está sendo lhe enviado individualmente, contendo apenas um remetente e destinatário.

Quanto ao ambiente de videochamada, será disponibilizado *link* de acesso somente aos participantes convidados, via e-mail individual, contendo um remetente e um destinatário. O(a) Senhor(a) não poderá compartilhar este *link* com outras pessoas, bem como, não está autorizado a gravar ou fazer imagens dos encontros. A videochamada será gravada apenas pelos pesquisadores que imediatamente após o término do encontro farão *download* da gravação para um *pen drive* apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem" no *web.microsoftstream*. Salienta-se que o *pen drive* que armazenará a gravação será compactado e protegido com senha. Todas as medidas de segurança de informação estão sendo adotadas pelos pesquisadores, mas ainda, há risco de violação das informações por tratar-se de ambiente virtual.

Os riscos destes procedimentos serão caracterizados como mínimos, considerando que não haverá contato direto com os mesmos, pois a pesquisa dar-se-á de forma virtual. Os riscos previstos em razão da sua participação no estudo são relacionados a possíveis desconfortos ao responder os questionamentos. Há a possibilidade de desencadear desconforto emocional, ansiedade, angústia e medo e caso o participante sentir necessidade ou demonstrar qualquer indicativo destes desconfortos, as pesquisadoras se dispõem a intervir para limitar ou remediar qualquer dano causado, mediante atendimento individual pelas próprias pesquisadoras ou pelo serviço de psicologia da UDESC.

A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por codinomes. As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores responsáveis.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão potencializar e contribuir, quanto ao processo de execução da CE, no que tange a educação permanente em saúde pois instigará aos participantes a discussão e atualização sobre a CE, qualificando o cuidado prestado, instigando a reflexão crítica de enfermeiros em atuação.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores Edlamar Kátia Adamy (professora responsável); Carla Argenta (professora); Denise de Azambuja Zocche (professora); Elisângela Argenta Zanatta (professora); Silvana dos Santos Zanotelli (professora); Lucimare Ferraz (professora); Lucinéia Ferraz (professora) Olvani Martins da Silva (professora); Andrea Noeremberg Guimarães (professora); Marta Kolhs (professora); Rafael Gue Martini (professor); Adriane Karal

(professora) Otilia Cristina Coelho Rodrigues (pesquisadora); Ediane Bergamin (pesquisadora); Letícia Maria Rostirolla (mestranda); Patricia Poltronieri (mestranda); Débora Rafaelly da Silva Vicente (mestranda) e Alana Camila Schneider (mestranda).

O (a) senhor (a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

É importante que o (a) senhor(a) guarde em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico, para tanto, você já o recebeu neste e-mail mas, os pesquisadores poderão fazer impressão e entregue via física, para isso, basta o(a) senhor(a) solicitar em resposta a este e-mail.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA
CONTATO: Profa Dra. Edlamar Kátia Adamy NÚMERO DO
TELEFONE: (49) 99913 6666
ENDEREÇO: Rua Claudio Stakonski 90
D Apto 203 B -Chapec03 BSC
ASSINATURA DO PESQUISADOR:
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos –
CEPSH/UDESC Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi –
Florianópolis – SC -88035-901 Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-
7881 - E-mail: cepshe.reitoria@udesc.br / cepshe.udesc@gmail.com

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa SRTV 701, Via
W5 Norte – lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-
DF - 70719-040 Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail:
conep@saude.gov.br

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso ____

Assinatura __Local: __Data: __/__/__.

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF



GABINETE DO REITOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar da fase de validação semântica do desenvolvimento de um sumário de alta de uma macro pesquisa intitulada **“DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS PARA A CONSULTA DO ENFERMEIRO NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE”**,

tendo como objetivo geral desenvolver tecnologias para subsidiar a execução da Consulta do Enfermeiro nas Redes de Atenção à Saúde; criar e organizar cursos de capacitação para instrumentalizar os enfermeiros para a execução da Consulta. E como objetivos específicos: Desenvolver tecnologias cuidativo-educacionais para a Consulta do Enfermeiro considerando as diferentes etapas da vida e situações de cuidado; Produzir instrumentos para validação, avaliação e impacto das tecnologias; Validar as tecnologias desenvolvidas para execução da Consulta do Enfermeiro e uso dos sistemas de linguagens padronizada; Avaliar as tecnologias desenvolvidas, bem como seu impacto e aplicação no cuidado de enfermagem; Instrumentalizar os enfermeiros da RAS, com ações de Educação Permanente

Os riscos destes procedimentos serão caracterizados como mínimos. Os riscos previstos em razão da sua participação no estudo são relacionados a possíveis desconfortos ao responder os questionamentos. Há a possibilidade de desencadear desconforto emocional, ansiedade, angústia e medo e caso o participante sentir necessidade ou demonstrar qualquer indicativo destes desconfortos, as pesquisadoras se dispõem a intervir para limitar ou remediar qualquer dano causado, mediante atendimento individual pelas próprias pesquisadoras ou pelo serviço de psicologia da UDESC.

A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por codinomes. As pessoas que acompanharão os procedimentos serão os pesquisadores responsáveis.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão potencializar e contribuir, quanto ao processo de execução da CE, no que tange a educação permanente em saúde pois instigará aos participantes a

discussão e atualização sobre a CE, qualificando o cuidado prestado, instigando a reflexão crítica de enfermeiros em atuação.

As pessoas que acompanharão os procedimentos serão os pesquisadores Edlamar Katia Adamy (professora); Elisangela Argenta Zanatta (professora); Silvana dos Santos Zanotelli (professora) e Danieli Parisotto (mestranda).

O (a) senhor (a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

É importante que o (a) senhor(a) guarde em seus arquivos uma cópia deste documento

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA

CONTATO: Profa Dra. Edlamar Kátia Adamy **NÚMERO DO**

TELEFONE: (49) 99913 6666

ENDEREÇO: Rua Claudio Stakonski 90

D Apto 203 B -Chapec03 BSC

ASSINATURA DO PESQUISADOR:

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos –

CEPSH/UDESC Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi –

Florianópolis – SC -88035-901 Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-

7881 - E-mail: ceps.reitoria@udesc.br / ceps.sh.udesc@gmail.com

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa SRTV 701, Via

W5 Norte – lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-

DF - 70719-040 Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail:

conep@saude.gov.br

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso:

Assinatura _____ Local: _____ Data: ____ / ____ / ____.

ANEXO D – CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES



CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Permito que sejam realizadas fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de estudo científico intitulado “**DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS PARA A CONSULTA DO ENFERMEIRO NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE**”, com o objetivo de “Desenvolver tecnologias para subsidiar a execução da Consulta do Enfermeiro nas Redes de Atenção à Saúde; Criar e organizar cursos de capacitação para instrumentalizar os enfermeiros para a execução da Consulta” e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

Chapecó, _____ de _____ de 2022

Nome do Sujeito Pesquisado

Assinatura do Sujeito Pesquisado

APÊNDICES

APÊNDICE A – PRIMEIRA VERSÃO DO SUMÁRIO DE ALTA

SUMÁRIO DE ALTA DA CRIANÇA PREMATURA

Nome da instituição

--

Identificação

RN de _____	Gemelar ()
Nome da mãe: _____	
Nome do pai: _____	

Dados do nascimento

Data de nascimento __/__/____	Hora __:__	
Idade gestacional - capurro __+__	Peso ____g	() PIG () AIG () GIG
Tipo de parto () normal () cesariana / indicação _____ () instrumentalizado _____	Reanimação neonatal () sim () não () VPP em ar ambiente () VPP O2 () IOT () massagem cardíaca () uso de medicações Qual: _____	
Sexo () feminino () masculino () não binário	Apgar 1' __/5' __/10' __/15' __/20' __ Malformação/Síndrome () sim () não Se sim descreva _____	
Perímetro cefálico __cm Perímetro torácico __cm Estatura cm Profilaxia () Vitamina K () Nitrato de prata Vacinas		

Dados da internação

Unidade de admissão () UTI Neonatal () Berçário	Motivo _____
--	--------------

Avaliação inicial de enfermagem

Exame físico	
Pele () íntegra () lesões – especificar _____	Coloração () rosado () pálido () icterício Cianose () ausente () extremidades () generalizada
CABEÇA E PESCOÇO	

Face () normal () anormal – especificar	Olhos () normal () anormal – especificar
Orelhas () normal () anormal – especificar	Palato () normal () anormal – especificar
Lábio () normal () anormal – especificar	Pescoço () normal () anormal – especificar
Língua () normal () anormal – especificar	Outras alterações

TÓRAX – CARDIOPULMONAR

Dificuldade respiratória () ausente () leve () moderada () intensa () apneias
Ausculta pulmonar () normal () anormal – especificar
Ausculta cardíaca () normal () anormal – especificar
Clavícula () íntegras () fraturadas – local e imobilização

ABDÔMEN/GENTÁLIA/ELIMINAÇÕES

Abdômen () plano () globoso () distendido	Coto umbilical ___ artérias ___ veias
RHA () presentes () ausentes	Massas () presentes () ausentes
Ânus () perfurado () imperfurado anormal	Genitália externa () normal () anormal
Se masculino – testículos () palpáveis () não palpáveis	

Dados da internação

Cardiopulmonar	
Avaliação do cardiologista () sim () não – se sim diagnóstico _____	
Necessidade de acompanhamento pós-alta () sim () não	
() Hipertensão pulmonar	() Apneia () Choque tipo _____
<u>Suporte ventilatório após sala de parto:</u>	
() CPAP nasal – tempo de uso:	() BIPAP nasal – tempo de uso:
() Ventilação mecânica – tempo de uso:	() Cateter nasal – tempo de uso:
() O2 livre na incubadora – tempo de uso:	() Traqueostomia

Neurológico
Avaliação do neurologista () sim () não – se sim () clínico () cirúrgico – diagnóstico _____
Necessidade de acompanhamento pós-alta () sim () não
() USG transfontanelar data: __/__/____ resultado: _____
data: __/__/____ resultado: _____
data: / / resultado: _____

<input type="checkbox"/> Hidrocefalia <input type="checkbox"/> Convulsão				
Infeções				
<input type="checkbox"/>	Sepse	precoce	–	Agente:
<hr/>				
<input type="checkbox"/>	Sepse	tardia	–	Agente:
<hr/>				
<input type="checkbox"/>	Infecção	congênita	–	Qual:
Nutrição				
Nutrição parenteral <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Data início: __/__/____ Data término __/__/____				
Início da nutrição enteral ____ dias de vida Atingiu nutrição enteral plena ____ dias de vida				
Tipo de leite:				
<input type="checkbox"/> LME <input type="checkbox"/> LHP <input type="checkbox"/> Oferta mista <input type="checkbox"/> Fórmula exclusiva Qual:				
Medicações				
Surfactante <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Nº de doses: _____				
Antibiótico <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quais:				
Antifúngico <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quais:				
Droga vasoativa <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quais:				
Procedimentos				
Fototerapia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não tempo de uso: _____ <input type="checkbox"/> exsanguineotransusão				
Transusão sanguínea <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quantas: _____ Data da última: __/__/____				
Drenagem torácica <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não				
Cirurgias <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual: _____ Data: __/__/____				
Qual: _____ Data: __/__/____				
Cateter venoso central <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual: _____ Data: __/__/____				
Qual: _____ Data: __/__/____ Qual: _____ Data: / /				

Exames complementares

Testes/Exames/Avaliações	Data	Resultado
Teste reflexo vermelho		
Teste do pezinho		
Avaliação oftalmológica		
Teste do coraçãozinho		
Teste da orelhinha		
Tipagem sanguínea		
Outros		

Dados da alta

Nome:		
Data __/__/____	Dias de vida	Idade gestacional corrigida ____+

Peso _____ g Perímetro cefálico _ cm Perímetro torácico _ cm Estatura cm Alimentação <input type="checkbox"/> leite materno exclusivo <input type="checkbox"/> misto <input type="checkbox"/> fórmula _____	Exame físico geral <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal Especificar Exame físico neurológico <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal Especificar	
Oxigenioterapia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim método de oferta	Sonda gástrica <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> gastrostomia	Estomas de eliminação <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim qual
Consultas agendadas:		
Exames agendados:		
Observações:		
Enfermeiro responsável pela alta		

APÊNCIDE B - ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS - FASE EXPLORATÓRIA

ENTREVISTA COM ENFERMEIRAS DA APS
<p>1. Quando se identifica um possível trabalho de parto prematuro, ou o nascimento de um bebê prematuro, para onde vocês encaminham?</p> <ul style="list-style-type: none">• como acontece o encaminhamento: recursos de transporte, documental, suporte a família
<p>2. Durante o período de internação ocorre a comunicação entre os serviços?</p>
<p>3. Quando este bebê está prestes a retornar ao seu território, existe alguma comunicação entre serviço hospitalar e APS?</p>
<p>4. Recebem algum encaminhamento formal do tempo de hospitalização do bebê?</p>
<p>5. Recebem alguma prescrição de seguimento especializado do cuidado?</p>
<p>6. Como este bebê é inserido no atendimento de puericultura?</p> <ul style="list-style-type: none">• existe alguma padronização de quantas consultas é necessário, quais cuidados que esta demanda• como ocorre o encaminhamento a especialistas se for necessário• ocorre articulação e cuidados integrados com os outros profissionais
<p>7. Como ocorre o atendimento a esta família?</p>
<p>8. Como você acredita que esta comunicação entre os níveis de atenção à saúde deve ocorrer?</p> <ul style="list-style-type: none">• se fosse desenvolvido algum instrumento, o que deveria constar neste encaminhamento

ENTREVISTA COM AS ENFERMEIRAS COORDENADORAS DOS SERVIÇOS, A NÍVEL HOSPITALAR, QUE ATUAM NO ATENDIMENTO A RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

1. Como acontece a chegada do bebê prematuro ao serviço?

- se é de fora como acontece a passagem dos dados para o serviço de referência
- quando nasce ou é transferido dentro da instituição como ocorre essa comunicação entre setores

2. Como acontecem os registros da situação de saúde-doença deste bebê durante a sua internação?

3. A partir da alta hospitalar, todos os bebês prematuros recebem algum encaminhamento para atendimentos e cuidados em outras unidades?

- este encaminhamento é formal
- quais informações constam
- quem faz

4. Como é feito o contra-referenciamento do RN para a sua unidade de atenção primária à saúde?

- existe algum documento que é entregue aos familiares
- existe algum documento que é mandado direto ao serviço que este bebê será encaminhado

5. Existe algum caso que demande de algum encaminhamento específico, ou que se dê preferência para determinado caso ser repasso a rede de seguimento pós alta?

6. Qual a sua opinião sobre o encaminhamento/matriciamento do RN prematuro para todos os elos da rede de atenção à saúde?

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA COM PÚBLICO-ALVO

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA COM PÚBLICO-ALVO
1ª parte: Caracterização
Sexo: feminino [] masculino []
Idade: anos
Nível de escolaridade [] graduação – Tempo de formação: [] especialização – Área: [] mestrado – Área [] doutorado – Área
2ª parte: Instruções para o preenchimento do instrumento de validação semântica

Por gentileza, avalie a semântica da tecnologia apresentada e em seguida analise o instrumento de validação atribuindo uma nota cada item a ser avaliado, correspondendo ao grau de concordância.

Dê sua opinião de acordo com o critério que melhor represente seu grau de concordância, considerando:

1. Inadequado
2. Parcialmente Adequado
3. Adequado
4. Totalmente Adequado

Nos critérios “1” e “2”, por gentileza, descrever o motivo ou sugestão pelo qual considerou essa opção no espaço destinado após o item.

3ª parte: Validação Semântica

Descrição dos itens avaliação	Escala <i>likert</i>			
1. O tamanho da letra do título e dos tópicos é adequado Motivo/sugestão:	1	2	3	4
2. A extensão dos tópicos está adequada Motivo/sugestão:	1	2	3	4
3. OS tópicos seguem uma sequência lógica Motivo/sugestão:	1	2	3	4

4. A sequência das informações é consistente Motivo/sugestão:	1	2	3	4
5. Os tópicos estão claros, facilitam a compreensão Motivo/sugestão:	1	2	3	4
6. Os tópicos facilitam o preenchimento Motivo/sugestão:	1	2	3	4
7. Os tópicos contemplam a exposição da temática Motivo/sugestão:	1	2	3	4
8. Os títulos e subtítulos são claros e informativos Motivo/sugestão:				
9. A tecnologia apresenta-se de forma lógica estimulando o interesse pelo tema e preenchimento Motivo/sugestão:	1	2	3	4

10. A tecnologia sana as necessidades de atendimento durante consulta de enfermagem e/o atendimento a criança prematuro Motivo/sugestão:	1	2	3	4
---	---	---	---	---