

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**ALDA SILVA NERY AMARAL**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE**  
**O CUIDADO AO PREMATURO**

**JEQUIÉ/BA**  
**2015**

**ALDA SILVA NERY AMARAL**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE  
O CUIDADO AO PREMATURO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde, Área de concentração em Saúde Pública.

**Linha de Pesquisa:** Educação em Saúde e Sociedade

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. DSc. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

**JEQUIÉ/BA  
2015**

Amaral, Alda Silva Nery.  
A511 Representações sociais de enfermeiros sobre o cuidado ao  
prematuro/Alda Silva Nery Amaral.- Jequié, UESB, 2015.  
89 f. il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2015. Orientadora: Prof.<sup>a</sup>.  
Dsc. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery.

1. Prematuro – Relações enfermeiro/paciente 2. Saúde da família –  
Representações sociais de enfermeiros sobre o cuidado ao prematuro 3.  
Educação em saúde – Cuidado ao prematuro pelos enfermeiros da  
Estratégia de Saúde da Família (ESF) 4. Lactante prematuro I.  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 618.9201

## FOLHA DE APROVAÇÃO

AMARAL, Alda Silva Nery. **Representações Sociais de enfermeiros sobre o cuidado ao prematuro**. 2015. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

### Banca Examinadora

*Rita Narriman Silva de O. Boery*

**Profª. Drª. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery**  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

*Roseanne Montargil Rocha*

**Profª. Drª. Roseanne Montargil Rocha**  
Universidade Estadual de Santa Cruz

*Darci de Oliveira Santa Rosa*

**Profª. Drª. Darcí de Oliveira Santa Rosa**  
Universidade Federal da Bahia

Jequié/BA, 10 de junho de 2015

A **Deus**, por ter concedido a mim, a vida: e junto a ela a saúde, sabedoria e coragem para que assim pudesse desfrutar dessa admirável experiência que é o mestrado, um dos passos mais importantes para a realização de um sonho na minha vida: a docência.

Aos meus estimados pais, Sr. **Ivan Nery** e D. **Geny Nery**, motivadores da superação dos meus vários desafios, por estarem (do jeito deles) ao meu lado.

Aos meus amados filhos **Ivan** e **Maria**, pelo amor incondicional e colaboração nesse estudo, nas agendas, encontros e nas transcrições...

A meu para sempre amor **Déu Meira**, pela paciência e cuidado aos nossos meninos e à nossa casa na minha ausência... para que eu conseguisse concluir essa caminhada.

Ao meu amigo **Alex**, essa conquista também é sua.

Aos meus irmãos e suas respectivas esposas que, na minha ausência nas reuniões de família, souberam me compreender ... **Genivan, Neto, Moisés, Aderbal** e **André**, que na essência de cada um vejo muito amor e preocupação dispensados a mim...

Aos meus sobrinhos, **Ivana, Renê Gibran, Lucas, Wellington, David, Wendel, Lara Safira, Mateus** e **Yuri**, os quais deixei de lado por aproximados dois anos, na ocupação do mestrado...

Ao meu tio **Tavo**, que vibrou quando disse a ele que havia passado no mestrado... "Essa menina vai longe", com certeza em algum lugar torce pela minha vitória.

Aos meus primos que torceram pela minha felicidade em especial **Neide** e **Marcos** que acreditaram em mim.

Aos meus **colegas de trabalho** dos hospitais Esaú Matos e do Hospital Geral de Vitória da Conquista, que nos momentos precisos foram muito solidários a mim.

Ao **querido quarteto da casa das mulheres mestradas**... minhas amigas: **Jamilly, Deborah, e Thaty**, momentos ótimos nas nossas vidas.

Aos meus vários amigos que construí com certeza nesses anos do mestrado: Vanessa, Rafaela, Suely, Jamile Fonseca, Karla, Doane, Julles, Adilson, Thalita e Lucas, Sara, Cleyton, Bruno, Mayra, Manuela...

Aos **enfermeiros** que participaram da pesquisa, abrindo seu coração no sentido de contribuir para melhorar a qualidade da assistência ao prematuro na ESF.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me proteger e permitir a saúde nesses dois anos, para que eu pudesse alcançar mais esse objetivo na minha vida.

Aos meus **pais, marido, filhos, familiares, amigos e colegas de trabalho**, por terem me acompanhado nessa trajetória e crescimento profissional, comemorando juntos todas as etapas, e hoje, a vitória.

Ao meu amigo **Alex**, pelo companheirismo, e cumplicidade em momentos relevantes ao meu desenvolvimento profissional, humano e acadêmico.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (**UESB**), e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (**PPGES**), pela oportunidade mais uma vez na minha vida para o sucesso.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Rita Narrimam Silva de Oliveira Boery**, nossa orientadora, que com paciência e sabedoria abraçou e apoiou a minha causa: o bebê prematuro, me acompanhando, orientando, superando o desafio de trabalhar com clientela tão carente ainda de estudos, colaborando na pesquisa na busca de resultados que possam contribuir com a melhora na qualidade da assistência desses pequenos cidadãos. Agradeço pela disposição, compreensão e as várias sugestões que só enriqueceram o estudo e meu crescimento acadêmico.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Marizete Argolo**, que me propiciou estágio de campo na área em que faço melhor por fazer o que gosto: “Atenção à saúde da criança e adolescente”, aumentando ainda mais o gosto por trabalhar com esse tipo de usuário.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Roseanne Montargil Rocha**, por ter atendido prontamente ao convite à participação na banca de exame de qualificação e defesa de dissertação, contribuindo na realização mais um estudo na área da neonatologia.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Alba Benemérita Alves Vilela**, obrigada pela acolhida, pela presteza, amizade e pelo incentivo durante esses dois anos de mestrado. Agradeço as várias contribuições no meu processo de formação.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Darci de Oliveira Santa Rosa**, por ter atendido prontamente ao convite à participação na banca de exame de qualificação com relevantes contribuições, bem como para a banca examinadora da dissertação do mestrado.

Aos professores do PPGES, o meu respeito!

Aos funcionários do PPGES, pela dedicação ao Programa...

Aos membros do **Grupo de Estudos da Teoria das Representações Sociais UESB** e aos membros do **Núcleo Pesquisa em Bioética - NUB**, pelas contribuições científicas e valores éticos ali discutidos.

Aos queridos **colegas** do mestrado, pela compreensão em alguns momentos devidos e pelos momentos de ouro nas reflexões em sala de aula vivenciadas por nós.

A **Marcia Viviane**, Secretária de saúde de Vitória da Conquista, pela disposição e vontade política de que a pesquisa fosse realizada.

Aos **enfermeiros** participantes do estudo, que de forma plena me receberam em seus locais de trabalho com tanta disposição, contribuindo efetivamente para o alcance dos objetivos desta pesquisa. A vocês, toda minha gratidão e votos de sucesso na vida profissional e pessoal.

A **todos** que direta ou indiretamente contribuíram para realização do estudo.

AMARAL, Alda Silva Nery Amaral. **Representações Sociais de enfermeiros sobre o cuidado ao prematuro**. 2015. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

## RESUMO

No Brasil, o aumento nas taxas de nascimento pré-termo tem acontecido e contribuído fortemente para a morbimortalidade infantil, o que sugere a necessidade de estudos que apontem fatores que influenciem negativamente no cuidado dispensado a essa clientela pelos enfermeiros da estratégia de Saúde da Família. Assim, o estudo teve como objetivo geral apreender as Representações Sociais (RS) de Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado ao prematuro; e como objetivos específicos, reconhecer o significado do cuidado ao prematuro para este enfermeiro, descrever como se dá a continuidade do cuidado ao prematuro na comunidade e averiguar como funciona a rede de cuidados e a rede de apoio à família do prematuro. Estudo descritivo, abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, realizado com dez (10) enfermeiros de (10) Estratégias de Saúde da Família do município de Vitória da Conquista, na Bahia, entre os meses de agosto a dezembro de 2014. Na produção dos dados, foram utilizados o desenho estória com tema e a entrevista semiestruturada, ambas, submetidas à Técnica de Análise de Conteúdo Temática. A partir da classe temática, RS de enfermeiros sobre o cuidado ao prematuro, evidenciaram-se as categorias: Competência para o cuidado ao prematuro; Educação em saúde para o cuidado ao prematuro; Acompanhamento ao prematuro; e Redes sociais do cuidado ao prematuro. Os resultados demonstram que os pesquisados reconhecem a importância do conhecimento e a necessidade de qualificação no âmbito da atenção primária, bem como a limitação de sua atuação no que se refere à orientação e ao acompanhamento para o desenvolvimento integral do cuidado ao prematuro. A continuidade do cuidado ao prematuro é representada por duas categorias que emergiram: a prática do cuidado de Enfermagem para o desenvolvimento do prematuro; e gestão do cuidado ao prematuro centrada na inter-relação. Na primeira categoria, os enfermeiros apresentam as limitações, estratégias e a continuidade do cuidar. Na segunda, a relação entre equipe-família e equipe-rede. Assim, tanto como prestador como quanto gestor da continuidade do cuidado, os enfermeiros evocam educação permanente.

**DESCRITORES:** prematuro. Cuidado do lactente. Educação em saúde. Relações Enfermeiro-Paciente.



AMARAL, Alda Silva Nery. **Representações Sociais de enfermeiros sobre o cuidado ao prematuro**. 2015. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

### **ABSTRACT**

In Brazil, the increase in preterm birth rates has happened and strongly contributed to infant morbimortality, suggesting the need for studies that indicate factors influencing negatively on the care given to these clients by nurses of the Family Health Strategy. Thus, the general objective of the study is to apprehend the social representations (SR) of nurses who work in the Family Health Strategy (FHS) on the premature care; and as specific objectives, to recognize the significance of the premature care for this nurse; describe how the continuity to the premature care occur in the community; ascertain how work the networks of care and support for the premature family. This is a descriptive study, with a qualitative approach based on the Social Representations Theory, conducted with ten (10) nurses of ten (10) Family Health Strategies, in Vitória da Conquista, Bahia, between August and December 2014. To the data production, the design-themed story and semi-structured interviews were used, both submitted to the Thematic Content Analysis Technique. From the thematic class, nurses' SR meaning on the premature care emerged the categories: Competence for caring the premature; Health education for the premature care; Monitoring premature; and Social networks in the premature care, as the representation of the premature care. The results show that the interviewee recognize the importance of knowledge and the need for qualification in the primary care, as well as the limitation of their performance with regard to guidance and counseling for integral development on the premature care. The continuity on the premature care is represented by two categories that emerged: the practice of nursing care for the premature development; and care management to the premature, focused on the interrelationship. In the first category, nurses present the limitations, strategies and continuity of care. In the second, the relationship between team-family and network-staff. Thus, both as providers and as manager of continuity of care, the nurses evoke lifelong learning.

**KEY WORDS:** premature. infant care. health education. Nurse-Patient Relationship.

## LISTA DE SIGLAS

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**BA** - Bahia

**CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa

**DR** - Desconforto Respiratório

**ESF** - Estratégias Saúde da Família

**MMC** - Método Mãe Canguru

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PMT** - Prematuridade

**PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica

**RN** - Recém Nascido

**RNPT** - Recém Nascido Prematuro

**RS** - Representações Sociais

**TRS** - Teoria das Representações Sociais

**UBS** - Unidades Básicas de Saúde

**UESB** - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

**UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	14
2.1	OBJETIVO GERAL .....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	15
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PREMATURIDADE .....	15
3.2	CUIDADO AO RECÉM NASCIDO PREMATURO NO ÂMBITO HOSPITALAR E CONTINUIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA .....	16
3.3	O CUIDADO AO PREMATURO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	18
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</b> .....	20
<b>5</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	22
5.1	TIPO DE ESTUDO .....	22
5.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO .....	22
5.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	22
5.4	INSTRUMENTOS, TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS .....	23
5.5	PROCESSAMENTO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS ....	24
5.6	ÉTICA NA PESQUISA .....	24
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	25
6.1	MANUSCRITO 1 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE O SIGNIFICADO DO CUIDADO AO PREMATURO .....	26
6.2	MANUSCRITO 2 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE A CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PREMATURO .....	44
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	63
	<b>APÊNDICES</b> .....	67
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68
	APÊNDICE B - Roteiro para aplicação da técnica desenho estória com tema.....	69
	APÊNDICE C - Roteiro para entrevista Semiestruturada .....	70
	<b>ANEXOS</b> .....	71
	ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP/UESB .....	72
	ANEXO B – Ofício da Escola de Formação em Saúde da Família .....	74
	ANEXO C - Normas da Revista Brasileira Materno Infantil .....	75
	ANEXO D - Normas da Revista Latino Americana de Enfermagem .....	79

## 1 INTRODUÇÃO

Estudo sobre as Representações Sociais (RS) de enfermeiros de Estratégias de Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado ao prematuro que emerge na perspectiva de obtenção de informações que possam auxiliar/facilitar o atendimento do enfermeiro a essa clientela, entendida como especial e específica.

A prematuridade é um processo em que ocorre o nascimento de uma criança antes do tempo, ou seja, antes do feto estar completamente formado. Sabe-se que a incidência de casos de prematuridade varia conforme as particularidades de cada população, podendo levar o recém-nascido (RN) a disfunções de órgãos e sistemas do organismo, comprometendo seu desenvolvimento.

Desta forma, é importante discutir questões relacionadas ao prematuro, não só pelos altos índices de mortalidade, mas também pelas morbidades associadas, visto que, mesmo com todos os avanços tecnológicos dos últimos anos, o nascimento antes do tempo pode ser extremamente grave e árduo, tanto para os RN quanto para as pessoas que vivem o processo (SBERSE, 2011).

O Recém Nascido (RN) prematuro é aquele que nasce entre a 20<sup>a</sup> e a 37<sup>a</sup> semanas de gestação. Sua definição é respaldada no fato de que os indicadores de morbidade e mortalidade perinatal para crianças nascidas após a 37<sup>a</sup> semana são extremamente favoráveis e muito parecidos (OMS, 1972). O Ministério da Saúde (MS), entretanto, faz referência ao prematuro considerando apenas quando sua condição de nascimento antecede a trigésima sétima semana de gestação (BRASIL, 2009). A partir desta condição de nascimento, vê-se a necessidade desse RN ser melhor acompanhado.

Enfatizando o acompanhamento de saúde às crianças prematuras, é válido destacar que o nascer prematuro é complexo, visto que são várias as morbidades resultantes das complicações médicas as quais compõem um universo de doenças como: doença pulmonar crônica, hemorragia intraventricular, suscetibilidade a infecções, enterocolite necrotizante, retinopatia da prematuridade, surdez neurosensorial, bem como: hipertensão pulmonar, taquipnéia transitória do recém-nascido, displasia broncopulmonar, malformações congênitas, distúrbios hematológicos e metabólicos, os quais contribuem para reinternações hospitalares pós-alta (BRASIL, 2011).

Em se tratando da assistência prestada às crianças, as políticas de atenção à saúde desta faixa etária, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), propõem assistência resolutiva, com acolhimento, humanização, atuação em equipe, inter-setorialidade e responsabilização pela criança por toda a atenção básica, preferencialmente ofertada pela ESF. O objetivo é promover a saúde e reduzir a mortalidade infantil, sendo o acompanhamento da criança no primeiro ano de vida atribuição da equipe de saúde, a qual deve identificar os critérios de risco de adoecer e morrer ao nascer, entre eles a prematuridade (VICTORA, 2011).

O RN prematuro, ainda não totalmente formado, necessita de cuidados especiais, exigindo de quem trabalha nos berçários alto grau de especialização, de conhecimentos, bem como de recursos físicos e materiais específicos a cada cuidado. Assim, durante a hospitalização, a família e a equipe deveriam passar por intenso processo de aproximação e aprendizado sobre o cuidado diferenciado, nas várias situações e diagnósticos, que se revelam no curso da internação, pois o próprio processo de internamento pode repercutir e afetar tanto as relações quanto a interação família e bebê (COUTO; PRACA, 2009).

Essa continuidade do cuidado, após a alta hospitalar, é fundamental para a qualidade de vida da criança nascida prematura. Entretanto, efetivar essa assistência exige um suporte da rede de cuidados em saúde e apoio social, que possui fragilidades no contexto da atenção à saúde da criança no Brasil (MORAIS et al., 2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF), proposto pelo Governo Federal aos municípios na busca de implantação da atenção primária, teve seu início em 1994. Este é definido como ESF por não se tratar apenas de um programa e objetiva a modificação do modelo assistencial que predominava o atendimento puramente emergencial ao doente. A família passa agora a ser o objeto de atenção, no seu próprio ambiente, permitindo uma compreensão mais ampliada do processo saúde/doença (PAIM, 1999).

A Portaria Nº 648 GM/2006, por sua vez, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização do Programa Saúde da Família (PSF) e outros, definindo a Atenção Básica (AB) como conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que

abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, assim como a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Diante das várias estratégias de suporte aos cuidados em saúde e apoio social, ainda existe uma lacuna no cuidado ao prematuro. Nesta perspectiva, o estudo apoia-se na Teoria das Representações Sociais (TRS) vez que e de acordo com Moscovici (2004), torna-se possível a compreensão dos universos consensuais de pensamentos, buscando a conexão do indivíduo e objeto numa interação dinâmica, o que favorecerá uma abordagem mais subjetiva de enfermeiros das ESF no cuidado ao prematuro, objeto deste estudo.

Na busca de obtenção de informações subjetivas de enfermeiros, o suporte teórico das Representações Sociais (RS) funciona como uma auxílio, pois são, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes que nos parecem estranhos e perturbadores, mas que têm também algo a nos ensinar sobre a forma e o que as pessoas pensam (MOSCOVICI, 2004). As RS são vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós de alguma forma já sabemos ou conhecemos (MOSCOVICI, 2010).

Neste contexto, justifica-se a elaboração deste estudo que trata de questões relacionadas ao cuidado do profissional de Enfermagem ao prematuro, na perspectiva da teoria das representações sociais, buscando entender o processo e desenvolvimento da continuidade do cuidado ao prematuro, nas ações integradas de saúde da ESF.

Espera-se, com este estudo, contribuir com o processo de educação em saúde realizado por enfermeiros que atuam em ESF, colaborando para melhoria do cuidado prestado ao prematuro por essas equipes de saúde.

Diante dessas considerações, sentiu-se a necessidade de responder a algumas questões norteadoras: quais as Representações Sociais de Enfermeiros de ESF sobre o cuidado ao prematuro? Como se dá a continuidade do cuidado ao prematuro nas ESF? Como funciona a rede de cuidados e a rede de apoio à família do prematuro?

Na tentativa de responder a estes questionamentos, foram traçados os seguintes objetivos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Apreender as Representações Sociais de Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre o cuidado ao prematuro.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1) Obter as Representações Sociais de enfermeiros sobre os significados do cuidado ao prematuro em Estratégias de saúde da família (ESF) da cidade de Vitória da Conquista – Bahia.

2) Descrever as representações sociais de enfermeiros sobre a continuidade do cuidado ao prematuro em ESF da cidade de Vitória da Conquista – Bahia.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PREMATURIDADE

A prematuridade e suas complicações, como: o desconforto respiratório do recém-nascido ou a doença da membrana hialina, a enterocolite necrotizante, as infecções específicas do período perinatal (a partir das 22 semanas completas de gestação até os sete dias completos após o nascimento) e a asfixia neonatal têm sido consideradas como causas preveníveis de óbitos (FRANÇA; LANSKY et al., VENÂNCIO; PAIVA, 2010a). Correspondendo, atualmente, a cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais.

A condição de prematuridade, juntamente com o problema do baixo peso, são os principais determinantes para a incidência elevada da mortalidade infantil e sua ocorrência está associada a quatro milhões de mortes anuais em países em desenvolvimento (CASCAES et al., 2008; ARAÚJO, 2006; LAWN; COUSENS; ZUPAN, 2005).

A questão da prematuridade se configura como um problema de saúde pública não só pela alta incidência e prevalência de morbimortalidade, mas ainda pelos aspectos ligados à qualidade de vida dos neonatos prematuros que sobrevivem (BEZERRA; OLIVEIRA; LATORRE, 2006).

Estudo sobre Prematuridade e possíveis causas mostrou que a prevalência de partos de crianças prematuras é de 11,7% em relação aos demais partos realizados no país. Esse percentual coloca o Brasil no mesmo nível de países de renda inferior, em que a prevalência é maior 11,8%. Nos países de renda média, o percentual é de 9,4%, (UNICEF, 2013), mesmo diante da implementação de políticas e estratégias voltadas à saúde da criança e do adolescente no país.

Dados do Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Saúde (MS), mostram aumento nos índices de nascimento de prematuros nesses últimos anos. Dos 3.035.094 nascidos vivos em 2005, 199.018 foram prematuros, enquanto em 2002, esse número foi de 192.566 para o total de 3.059.402 crianças nascidas, resultando ainda em 34.213 nascimentos com peso abaixo de 1.500 gramas, o que equivale a 17% do número de crianças prematuras (BRASIL, 2008).



A prematuridade evitável está diretamente relacionada à qualidade da atenção ao pré-natal. As inúmeras causas relacionadas à assistência, à gestação, ao parto e ao recém-nascido demonstram a importância da atenção pré-natal e ao nascimento para a redução da mortalidade infantil no Brasil.

Considera-se a prematuridade como um dos determinantes de morbimortalidade neonatal, principalmente em países em desenvolvimento, aumentando as taxas de internamentos de neonatos prematuros, o que representa uma preocupação para o sistema de saúde do país em virtude dos altos custos econômicos e sociais atrelados à situação (CASCAES et al., 2008).

Para além da importante dimensão sobre o nascimento do prematuro, vale ressaltar que este evento – o parto/nascer prematuro - impõe à família e à rede social no seu entorno, uma condição ímpar de readequação da vida e rotina. Como afirma Arruda (2007), o prematuro, além de emergir na vida familiar de forma inesperada, é percebido por ela como um ser inacabado podendo ser até indesejado. Essa maneira de a família perceber o prematuro gera insegurança, desencadeando intensas mudanças e transformações na vida de cada um de seus membros.

Diante dos níveis atuais de mortalidade infantil, considerados elevados, há necessidade de se refletir a superação. Com as persistentes e notórias desigualdades regionais e concentração dos óbitos na população mais pobre, bem como as iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos, tornando a temática bastante interessante do ponto de vista científico e prático, haja vista as transformações necessárias.

### 3.2 CUIDADO AO RN PREMATURO NO ÂMBITO HOSPITALAR E CONTINUIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

O cuidado ao RN prematuro que teve necessidade de ficar hospitalizado para tratamento intensivo ou semi-intensivo requer dos profissionais de saúde capacitação especializada devido às especificidades que este apresenta. Uma das medidas utilizadas ainda no ambiente hospitalar na redução da Mortalidade infantil é a implementação do Método Mãe Canguru (MMC), orientada através da Portaria

693/GM de 05/07/2000, que dispõe sobre a norma de Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso (BRASIL, 2000).

O MMC consiste em permitir que a mãe carregue o recém nascido junto ao peito, em contato direto, ou seja, pele a pele, facilitando a amamentação e mantendo o recém-nascido aquecido, diminuindo assim a possibilidade de perda de calor e consequente vulnerabilidade a infecções. Os passos são iniciados com o bebê ainda na UTI (1º passo), seguindo para o internamento do binômio na Enfermaria Mãe Canguru (2º passo), devendo o 3º passo ser cumprido no domicílio, sob o incentivo, orientação e acompanhamento da ESF (BRASIL, 2011a).

É fundamental que a equipe da unidade hospitalar esteja capacitada para orientação de alta, de forma efetiva, compreensiva e de acordo à realidade de saúde do RN, apresentada no momento da alta. Para tanto, ainda na maternidade, o RN deve receber a Caderneta de Saúde da Criança com registros sobre a história da gravidez e nascimento, evolução do RN, intercorrências, procedimentos realizados, condição de alta e recomendações para o seu cuidado no domicílio (BRASIL, 2011b).

O preenchimento da caderneta de saúde da criança é uma ação fundamental para uma boa compreensão sobre a condição de saúde do RN pela equipe da ESF ou equipe especializada, que dará continuidade a seu atendimento, principalmente ao RN de alto risco. Nesse contexto, é essencial a captação do RN após a alta hospitalar por esses profissionais, por meio do agendamento de atendimento e programação de visita domiciliar na Atenção Básica (BRASIL, 2004).

O acompanhamento ao RN na Atenção Básica deve ocorrer de acordo com o preconizado pelo MS, ou seja, a primeira consulta deve ocorrer na primeira semana de vida e marcação de retornos, conforme a necessidade. Já o RN de alto risco deverá manter o calendário de acompanhamento na Atenção Básica, além do acompanhamento pelo ambulatório de atenção especializada. O RN de alto risco deve ser acompanhado até pelo menos o segundo ano completo de vida (mínimo de duas avaliações por ano); o acompanhamento até o 5º ano é desejável, para melhor avaliação da função cognitiva e da linguagem (BRASIL, 2004).

É nesse contexto que, em 2011, com a Portaria n.º 1.459, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, que sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento. Esta Rede é composta por um conjunto de medidas que objetiva garantir às usuárias do SUS atendimento adequado, seguro e

humanizado, desde a confirmação da gravidez, atenção ao pré-natal, parto e ao puerpério, incluindo a atenção à saúde da criança até os dois primeiros anos de vida. A Rede assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, sendo estratégia inovadora que se fundamenta nos princípios da humanização da assistência às mulheres, aos RN e às crianças até o 2º ano de vida (BRASIL, 2012a).

É fundamental a interlocução entre os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, acordos para o funcionamento dos serviços e definição de atribuições e responsabilidades dos profissionais. Só assim será possível uma atenção integral que garanta a continuidade da assistência, otimizando recursos e provendo atenção resolutiva com potencial de redução da mortalidade por causas evitáveis e sequelas que podem comprometer a vida das crianças e suas famílias (BRASIL, 2011b).

Assim, o RN de alto risco, como o prematuro, merece ainda maior destaque, pois, além da necessidade de cuidados pela equipe da atenção básica de saúde, com muita frequência demanda atendimento especializado por profissionais habilitados. Essas crianças devem ser seguidas preferencialmente nos ambulatórios de acompanhamento do RN de alto risco, além do acompanhamento pela atenção básica, conforme a rede de atenção regionalizada (BRASIL, 2011b).

Devido as várias especificidades que os prematuros apresentam, é que se faz necessário que a prestação do cuidado seja realizada de forma qualificada, imediata e contínua. Entretanto, deve-se considerar a família como elemento essencial no cuidado da criança após a alta e, para isso, é preciso torná-la apta, pensando a família capaz de gerir suas próprias necessidades e de procurar ajuda, quando entender ser necessário.

### 3.3 O CUIDADO AO PREMATURO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

É de fundamental importância que a alta hospitalar do RN prematuro ocorra de forma planejada e com a realização de orientações quanto à continuidade do cuidado ao RN no domicílio. Ainda assim, é preciso a estruturação das equipes da ESF para que essa transição ocorra com sucesso, sem colocar em risco o RN. O

desfecho com sucesso do processo de cuidar da criança prematura na ESF implica em assegurar que a criança seja acolhida pela equipe de saúde, da melhor maneira possível, de forma a atender às suas demandas.

Em 2000, visando à redução da mortalidade infantil, algumas estratégias foram adotadas, como o programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) para o período neonatal, direcionado a crianças de zero a dois meses de idade. As primeiras oficinas de AIDPI neonatal no Brasil ocorreram em 2005, no estado do Pará, oferecendo aos profissionais, a partir desse ano, contínuo processo de capacitação. A partir de 2009, outros estados vêm sendo beneficiados, principalmente, os estados das regiões Norte e Nordeste do País (BRASIL, 2011b).

O acompanhamento do prematuro é bastante limitado em nosso meio, tanto no que se refere ao conhecimento da evolução dessas crianças quanto às intervenções voltadas às suas peculiaridades e de sua família. Dessa forma, é preciso investimento na atenção básica, a fim de reduzir lacunas do conhecimento relacionadas ao desenvolvimento dessa clientela (CARVALHO, 2005).

Outra condição importante é a compreensão das dimensões socioeconômicas e culturais que fazem parte do contexto vivenciado, visto que a atenção ao RN deve buscar uma assistência integral, desde a recepção até uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença, o que inclui o acolhimento também da família.

Pesquisa realizada em 2007 pelo MS, em parceria com Centros Colaboradores de Saúde da Criança e Centros Universitários nos municípios com população igual ou maior que 80.000 habitantes, revelou a necessidade de maior apoio técnico e operacional das secretarias do estado e do Ministério da Saúde, bem como dos gestores municipais na qualificação das equipes, ampliando acesso aos serviços, do pré-natal à assistência hospitalar, parto e nascimento, com atenção e vigilância na continuidade da atenção ao recém-nascido (VENÂNCIO; PAIVA, 2010b).

A qualificação da equipe no reconhecimento de situações de risco, com resolutividade, vigilância e promoção de saúde, utilizando de ações básicas, potencializa o cuidado ao prematuro, provendo uma resposta positiva sobre a qualidade e sobrevivência dessas crianças, mobilização que deve ocorrer em toda a sociedade, de forma significativa na busca da redução da mortalidade infantil e em defesa da vida (BRASIL, 2012).

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

A fundamentação teórica deste estudo está na Teoria das Representações Sociais (TRS), que foi desenvolvida por Moscovici a partir de 1961, e tem ajudado nos estudos dos mais variados temas dentro de diferentes áreas científicas. As Representações Sociais podem ser descritas como verdadeiras teorias do senso comum e ciências coletivas, pelas quais se procede à interpretação e mesmo à construção das realidades sociais (MOSCOVICI, 1978).

A TRS nasceu apoiada na clássica abordagem das representações coletivas de Durkheim. A sociologia Durkheimiana, no século XIX, introduzia o conceito de que as representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório, se referiam a uma classe geral de idéias e abrangiam uma cadeia completa de formas intelectuais que incluíam ciência, religião, mito, dentre outros. Uma realidade *sui generis* e as representações coletivas que a exprimem, fatos sociais, coisas, reais por si próprias (SÁ, 2004).

Na trajetória da teoria, Jodelet (1990) traz a compreensão das representações sociais possibilitando o entendimento de como é formada a conduta e as orientações das comunicações sociais, pois a maneira como o pensamento social é elaborado orienta as práticas dos sujeitos nos grupos pesquisados.

Abric (1998) acrescenta que a representação não pode ser reduzida a um simples reflexo da realidade, ela é uma organização significativa. Existindo uma reestruturação da realidade para integrar características objetivas do objeto representado, assim como experiências anteriores do sujeito e seu sistema de valores e normas. É esta realidade reapropriada que constitui, para o indivíduo ou grupo, a realidade mesma.

Jodelet (2001) complementa esclarecendo que a representação social é uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Nesse sentido, elas são concebidas como um saber gerado através de comunicações da vida cotidiana, com o objetivo prático de orientação de comportamentos em contextos sociais concretos.

Nesse contexto, Moscovici (2003) afirma que os indivíduos não são apenas receptores passivos de informação, nem meros seguidores de ideologias ou crenças

coletivas, mas pensadores ativos que, frente aos mais diversos eventos presentes no cotidiano das interações sociais, criam e comunicam suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam. Assim, a influência do social não é percebida como um estímulo que atinge o indivíduo, mas um contexto de relações onde o pensamento é construído.

Na busca por melhor compreensão do fenômeno das Representações Sociais, é questionado o porquê dessas representações. Obtém-se que a finalidade de todas elas é tornar familiar algo não-familiar, sendo estas as ideias ou as ações que perturbam e causam conflito, o processo conflituoso entre o familiar e o não-familiar é sempre estabelecido em universos consensuais. No entanto, o que é incomum, não-familiar, é apreendido e pode modificar crenças. Este processo é denominado de re-apresentar o novo (MOSCOVICI, 2004).

Contribuindo com o entendimento do não-familiar, as RS trazem dois processos básicos: a ancoragem e a objetivação, as quais apresentam-se como maneiras de lidar com a memória. A ancoragem é o processo pelo qual se procura classificar, encontrar um lugar ou nomear alguma coisa para adequar o não-familiar no momento em que se pode falar sobre algo, avaliá-lo e comunicá-lo, mesmo vagamente, permitindo-se então representar o não-usual no mundo familiar, pela classificação do que é inclassificável, pelo fato de se dar um nome ao que não tinha nome, sendo capaz de imaginá-lo, de representá-lo. Assim a ancoragem mantém a memória em movimento, a qual é dirigida para dentro e está sempre armazenando e excluindo objetos, pessoas e acontecimentos classificados e nomeados por essa ancoragem de acordo com os seus tipos (MOSCOVICI, 2004).

A objetivação, mais ou menos direcionada para fora, elabora conceitos e imagens para reproduzi-los no mundo exterior (MOSCOVICI, 2004). A Teoria das Representações Sociais (TRS), fundamenta este estudo. Foi desenvolvida por Moscovici, a partir de 1961, e tem ajudado nos estudos dos mais variados temas dentro de diferentes áreas das Ciências.

## 5 MATERIAL E MÉTODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo exploratório–descritivo que descreve as características de pessoas e suas ações, no que se refere ao cuidado ao prematuro, objeto deste estudo. Foi realizado na perspectiva da abordagem qualitativa, visto que traduz significados das experiências humanas e essa abordagem tem colaborado significativamente para a compreensão de grupos sociais, organizações, instituições ou de representações, ancorado no suporte teórico das Representações Sociais, por entender que esta teoria privilegia ações incomuns, ou seja, não familiares, trazendo o que está longe para o alcance das nossas mãos, tornando concreto o abstrato (MOSCOVICI, 2007). Desse modo, valoriza experiências vivenciadas pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.

### 5.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada no município de Vitória da Conquista, na Bahia, situada a 503 Km de Salvador, na região sudoeste do estado (IBGE, 2013). Constitui cenário do estudo dez (10) equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF de Vitória da Conquista, localizadas na zona urbana e rural do município, no período compreendido de agosto a dezembro de 2014.

### 5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A População deste estudo foi constituída por dez (10) enfermeiros responsáveis pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família. Foram adotados como critério de inclusão: enfermeiros com atuação  $\geq 1$  ano na ESF.

Os dados foram analisados de forma contínua, desde o início do processo de coleta até que o momento em que ocorreu a saturação dos dados e o alcance dos objetivos.

#### 5.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

As técnicas utilizadas foram: o desenho estória com tema e a entrevista semiestruturada. Optou-se pela associação de dois métodos, visto que assim sendo haveria maior possibilidade de se potencializar os dados, colocando-os mais próximos do tema em questão.

A coleta de dados foi agendada previamente, de acordo com o horário e disponibilidade dos profissionais, visando uma maior adesão, sendo o desenho estória com tema a primeira técnica aplicada, seguida da entrevista semiestruturada.

Para a aplicação da técnica do desenho estória com tema, seguiu-se com as seguintes etapas: Em 1º lugar, foi solicitado ao participante da pesquisa que o mesmo fizesse um desenho relacionado à temática em questão; após esta etapa, passou-se para a 2ª, onde aqui foi solicitado ao pesquisado que contasse uma estória relacionada ao que o mesmo desenhou; na 3ª e última etapa, foi proposto ao participante que o mesmo desse um título à estória criada por ele, conforme Apêndice B. Para que estas etapas fossem cumpridas, foram ofertados ao entrevistado papel ofício A4, lápis em cores e lápis grafite n. 2 para o desenho.

O desenho estória com tema fundamenta-se na modalidade de apreensão de informações que se encontram arraigadas no inconsciente do pesquisado. A técnica é definida como projetiva, permitindo tanto a ampliação do conhecimento, das atitudes básicas do sujeito em referência a si próprio e ao mundo, como expressa seus sentimentos e suas simbolizações, o que configura um processo de comunicação de suas representações (COUTINHO, 2005).

Foi realizada a entrevista semiestruturada a partir de roteiro conforme Apêndice C, gravada em Mac Book Air, posteriormente, transcrito para se prosseguir a análise. A entrevista semiestruturada é uma das técnicas mais utilizadas nas pesquisas de campo, visto que através desta se obtém informações fidedignas sobre determinados questionamentos de cunho científico.



## 5.5 PROCESSAMENTO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As estórias geradas pelas técnicas de desenho estória com tema e entrevista semiestruturada foram analisadas através da Análise de Conteúdo (AC). Essa forma de análise permite a compreensão, utilização e aplicação de um determinado conteúdo. O texto é fracionado em unidades de análises, depois em categorias, tornando-se uma técnica de análise eficaz e rápida quando aplicada a discursos diretos e simples. Assim, recorta o conjunto das entrevistas por meio de uma grade de categorias projetadas sobre os conteúdos. Não se resume, portanto, à dinâmica e à organização, mas à frequência dos temas extraídos dos discursos (BARDIN, 2011).

## 5.6 ÉTICA NA PESQUISA

A pesquisa atendeu à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). Respaldados nos aspectos éticos e legais, considerando os princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia, justiça, ausência de riscos e prejuízos e garantia do anonimato dos participantes da pesquisa.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com parecer de aprovação número 26759014.0.0000.0055, e só após aprovação é que foi iniciada a coleta dos dados.

A investigação só foi realizada após a autorização da Coordenação Municipal de Atenção Básica, com apresentação da pesquisadora às Unidades das ESF e aos respectivos enfermeiros, a qual realizou os devidos esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, justificativa da escolha dos entrevistados, garantia de anonimato, sigilo sobre a autoria das respostas e, finalmente, o convite para participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os enfermeiros deste estudo foram esclarecidos quanto ao direito de desistirem de colaborar com o estudo a qualquer momento, por algum desconforto e/ou constrangimento, mesmo após ter assinado o TCLE.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados são apresentados em forma de dois artigos, elaborados de acordo com as normas dos periódicos selecionados para a submissão. O manuscrito 1 será submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (Anexo C) e o Manuscrito 2 à Revista Latino Americana de Enfermagem (Anexo D) para apreciação e parecer.

## 6.1 MANUSCRITO 1

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE O SIGNIFICADO DO  
CUIDADO AO PREMATURO****SOCIAL REPRESENTATIONS OF NURSES ON THE MEANING OF CAUTION TO  
PREMATURE**

*Alda Silva Nery Amaral<sup>\*</sup>, Rita Narrimam Silva de Oliveira Boery<sup>†</sup>*

**RESUMO:**

Obter as Representações Sociais de enfermeiros sobre os significados do cuidado ao prematuro em Estratégias de saúde da família (ESF) da cidade de Vitória da Conquista – Bahia. Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, sendo participantes, 10 enfermeiros das Unidades de Saúde da Família de Vitória da Conquista. Os dados foram produzidos por meio de desenho estória com tema e entrevista semiestruturada. A análise, a partir da classe temática, significado do cuidado ao prematuro, evidenciou as categorias; Competência para o cuidado; Educação em saúde para o cuidado; Acompanhamento e Redes Sociais do cuidado ao prematuro, como a representação. Os resultados demonstram que os enfermeiros pesquisados reconhecem a importância do conhecimento e a necessidade de qualificação no âmbito da atenção primária, bem como a limitação de sua atuação no que se refere à orientação e acompanhamento para o desenvolvimento integral do cuidado ao prematuro. Assim, parece oportuno refletir precocemente o cuidado ao prematuro ainda na graduação e com profissionais da atenção primária, aspectos relevantes aos contextos com a construção de ações de educação permanentes e elaboração de mecanismos e estratégias (protocolos, guias, rotinas, rodas de conversas, oficinas de integração) capazes de produzir melhorias na qualidade da assistência a estes pequenos cidadãos.

**DESCRITORES:** Prematuro, saúde da família, Representações Sociais.

**ABSTRACT**

This study aimed to apprehend the social representations of nurses who work in the Family Health Strategy (FHS) in the premature care. This is a qualitative study based on the Social Representations Theory, having as participants 10 nurses of Family Health Units in Vitória da Conquista. The data were produced through the design-themed story and semi-structured interviews. The analysis from the thematic class, meaning of the premature care, evidenced the categories, competence for caring; Health education for care; The follow up and the social

---

<sup>\*</sup> Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Bahia, Brasil. E-mail: aldinhanery@hotmail.com.

<sup>†</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Bahia, Brasil. E-mail: rboery@gmail.com.

networks in the premature care, as the representation of the premature care. The results show that subjects recognize the importance of knowledge and the need for qualification in primary care, as well as the limitation of their performance with regard to guidance and counseling for integral development on the premature care.

**KEYWORDS:** Premature, Family health, Social Representations.

## **INTRODUÇÃO**

O cuidado ao prematuro é um campo de atuação e pesquisa à enfermagem brasileira com múltiplas possibilidades de exploração, aprofundamento teórico e metodológico, notadamente em temas como: as repercussões da assistência perinatal na qualidade de vida destes bebês, a discussão da articulação dos serviços terciários com a atenção primária e a reflexão do papel assumido pelos enfermeiros nesta linha de cuidado nos diferentes níveis de atendimento da rede de saúde. É possível compreender que os avanços na qualificação do cuidado ao prematuro precisa ser capilarizado e universalizado na realidade dos serviços brasileiros.

Pois, segundo a OMS, 15 milhões de bebês nascem prematuramente (ABC, 2012). O nascimento prematuro está associado a 75% da mortalidade neonatal e representa a causa mais frequente de morbidade no período neonatal<sup>1</sup>. A morbidade está diretamente relacionada aos distúrbios respiratórios e às complicações infecciosas e neurológicas<sup>2</sup>.

No Brasil, a prematuridade ganhou importância e assumiu status de problema de saúde pública<sup>3</sup>, sendo alvo de recursos e medidas governamentais<sup>1</sup>.

Nos últimos anos, houve um incremento de estudos relacionados aos avanços científicos e tecnológicos em neonatologia e, também, sobre a influência destes na sobrevivência dos prematuros<sup>4,5,6</sup>.

Para efeito de compreensão das representações sociais do cuidado ao prematuro se considerou dois aspectos: o primeiro, da singularidade do prematuro em sua condição de adaptação e esta condição extrapola aos momentos críticos que comumente estão associados ao seu nascimento.

As especificidades deste cuidado são de ordem física, social e psicológica, com intensidade diferenciada, que se estendem pelos diferentes momentos do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e envolvem cuidadores de diferentes saberes, principalmente aqueles ligados à família.

Deste modo, o cuidado ao prematuro pode ser potencializado se agregado aos aspectos biológicos, comumente exclusivos, à perspectiva do rastreamento das vulnerabilidades sociais, as questões do desenvolvimento cognitivo e emocional e, por fim, da promoção da saúde. Assim, o cuidado de enfermagem engloba tanto as questões subjetivas, socioeconômicas e culturais, quanto ao uso de técnicas, protocolos e procedimentos.

O outro aspecto é de que o enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) assume um lugar de destaque na organização e na efetivação das linhas de cuidado da área temática da Saúde da Criança e, a partir daí, torna-se um sujeito de posição estratégica da gestão do cuidado ao prematuro.

Reconhecendo esta importância, faz-se necessário considerar os processos de trabalho e os processos formativos e auto-formativos deste profissional, tanto em dimensões do conhecimento técnico-científico, quanto na dimensão humanística do cuidado ao prematuro.

As Representações Sociais de enfermeiros sobre o fenômeno do cuidado ao prematuro, objeto desta pesquisa, surge da inquietação e das reflexões em torno da atenção à saúde do neonato pré-termo na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, objetivou-se apreender as representações sociais de enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado ao prematuro.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, realizado com a participação de 10 enfermeiros integrantes de

equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), alocados em 10 Unidades de Saúde da zona urbana e rural do município de Vitória da Conquista - Bahia.

A escolha dos participantes ocorreu a partir do tempo de experiência dos enfermeiros na ESF, tendo como ponto de partida breve levantamento realizado junto à Coordenação da Atenção Básica. A captação dos dados ocorreu nas Unidades de Saúde da Família (USF), durante o segundo semestre de 2014, com agendamento prévio e de acordo a disponibilidade de cada profissional participante.

Usou-se para essa etapa de desenvolvimento do estudo a técnica projetiva do desenho-estória com tema e a entrevista semiestruturada, visto que as duas técnicas associadas completam e reafirmam os dados produzidos. Previamente à coleta de dados, realizou-se a apresentação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e só após a concordância do participante às condições e informações foram desenvolvidas as referidas técnicas.

Na técnica projetiva do Desenho estória com tema, o participante foi solicitado a elaborar um desenho sobre a temática em questão: cuidado ao prematuro. Em seguida, que o mesmo escrevesse uma pequena estória sobre seu desenho e, por fim, que ele desse um título à estória. Ao término dessa etapa, continuando com a produção de dados realizou-se a entrevista semiestruturada, conforme roteiro previamente elaborado, visando as seguintes variáveis: se possuíam especialização; experiência profissional em ESF; capacitação relacionada ao cuidado do prematuro.

E, no final, ocorreu o preenchimento pelo entrevistado do questionário de identificação e informação com tópicos sobre sua formação, tempo de atuação em ESF, realização de cursos e treinamentos na área de cuidados ao prematuro e continuidade do cuidado ao prematuro na ESF.

Para a análise dos dados coletados através da técnica desenho estória com tema, foi utilizado o modelo disseminado por Coutinho<sup>7</sup>.

Após essa etapa, procedeu-se à transcrição das entrevistas, o que já nos trouxe à luz percepções para a elaboração das categorias/subcategorias, e após a leitura exaustiva das entrevistas elaboramos recortes, criando as categorias a partir da marcas de partilha social, muitas das quais encontradas também nos desenhos e nas estórias, formando um enlace com as entrevistas para a discussão no estudo.

Nessa perspectiva, os desenhos foram organizados de forma cuidadosa e agrupados por convergência e divergência e, após a leitura das estórias, essas foram categorizadas.

Os participantes da pesquisa foram identificados de acordo ordem de realização da coleta dos dados, representados por números de um (01) a dez (10), com vista à garantia do anonimato.

A pesquisa atendeu à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>8</sup>, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), com aprovação CAAE sob o nº de 26759014.0.0000.0055 e Parecer nº 628111. Iniciada após liberação do Polo de Educação permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Sobre os dados do questionário de identificação/formação profissional, todos possuem especialização, sendo que sete (07) dos participantes fizeram cursos na área de saúde coletiva e três (03) deles possuem pós-graduação em outras áreas; a experiência profissional em ESF dos profissionais variou de três (03) a quatorze (14) anos de atuação; em relação à capacitação, relacionada ao cuidado do prematuro, quatro (04) dos participantes referiram possuí-la, bem como conhecimento sobre redes de cuidado e redes de apoio.

As informações coletadas através das técnicas de pesquisa (desenho estória com tema e entrevista semiestruturada) foram organizadas e analisadas a partir da classe temática, Representação Social de enfermeiros sobre o cuidado ao prematuro. A partir desta classe, emergiram as categorias; Competência para o cuidado, Educação em saúde para o cuidado, Acompanhamento e as Redes Sociais do cuidado ao prematuro.

Neste estudo, e considerando a sua importância a partir da Classe Temática Representações Sociais de Enfermeiros Sobre o Significado do Cuidado ao Prematuro, traz-se a discussão com o aparecimento de três categorias: Competência para o Cuidado (CC); Educação em Saúde para o Cuidado (ESC) e Acompanhamento e Redes Sociais do Cuidado ao Prematuro (ARCP), com suas respectivas subcategorias: Conhecimento (C); Habilidades (H); Experiências (H); Preparo (P); Prevenção (P); Inespecífica(I); Vínculo (V); Encaminhamento (E) e Redes de Apoio (RA).

<b>Classe Temática – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE O SIGNIFICADO DO CUIDADO AO PREMATURO</b>		
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de significados</b>
<b>1.1 COMPETÊNCIA PARA O CUIDADO - CC</b>	1.1.1 – Conhecimentos e Habilidades	Capacitação, rotina, necessidade sentida, incerteza, estágio em UTI, formação (graduação), treinamento, prática.
	1.1.2 – Experiência	Pessoal e profissional.
<b>1.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CUIDADO - ESC</b>	1.2.1 – Preparo	Mudanças, adaptação, formação de grupos novos.
	1.2.2 – Prevenção	Desenvolvimento normal da criança, sequelas e retardos.
	1.2.3 – Inespecífica	Aleitamento materno, alimentação.
<b>1.3 ACOMPANHAMENTO E AS REDES DO CUIDADO AO PREMATURO - ARCP</b>	1.3.1 – Vínculo	Proximidade, maior frequência, prioridade, susceptibilidade, frágil, acolhimento, humanização.
	1.3.2 – Encaminhamento	Equipe multiprofissional, supervisão, referência, integralidade.
	1.3.3 - Redes de apoio	Redes, promoção do envolvimento familiar, superação, medo.

Quadro 1 – Classe Temática Representações Sociais de enfermeiros sobre o significado do cuidado ao prematuro. Competência para o Cuidado - CC; Educação em Saúde para o Cuidado - ESC e Acompanhamento e as Redes do Cuidado ao prematuro - ARCP. Vitória da Conquista/BA, 2015.

**Fonte:** Dados das entrevistas e do Desenho estória com Tema



As oito (08) subcategorias emergentes, representam limites e possibilidades do cuidado ao prematuro vinculado aos discursos dos enfermeiros e estão caracterizadas por expressões de associação.

### **Competência para o cuidado**

A categoria Competência para o Cuidado, por sua vez, deu origem às subcategorias: Conhecimento e Experiência.

O discurso dos enfermeiros desta pesquisa demonstrou que o conhecimento tem relevância à temática do cuidado ao prematuro e está relacionado à sua atuação no contexto do trabalho na ESF.



**Figura 1:** Desenho estória com tema – E3

A valorização do conhecimento como cuidado de si e dos outros está ancorada no reconhecimento e na sua legitimação social, sobretudo o conhecimento científico e o tecnológico, a partir da modernidade. Não se pode negar o salto qualitativo proveniente do atual conhecimento em espaço, tempo e cultura<sup>9</sup>, mas faz-se necessário refletir criticamente as implicações éticas, sociais, culturais e políticas que envolvem sua produção, circulação e uso.

Os enfermeiros destacam saberes como elemento do cuidado na perspectiva de sua capacidade de atuar sobre a prematuridade, aqui dimensionada como competência.

O conceito de competência envolve o universo de conhecimentos (saber), habilidades (saber-fazer) e atitudes (saber ser) articulados e aplicados aos fenômenos de saúde-doença. Competência, em tal contexto, firma a sua presença sob a forma teórica, técnica e prática<sup>10</sup>.

Assim sendo, os enfermeiros representam a reflexão sobre cuidado relacionado à prematuridade como necessidade, incipiência e/ou insuficiência de sua competência, atribuída principalmente ao seu processo de formação profissional, quer seja ainda na academia quanto na realidade de atuação.

*É... tenho muito pouco conhecimento em relação a essa ... [...] a prematuridade [...] então, nosso treinamento e a parte prática é mesmo nenhuma, nenhum, nenhuma. [...] na faculdade na verdade, eu lembro dos estágios de UTI que a gente fez, mas é muito pouco e nada muito voltado também prá esse cuidado não (E3).*  
*[...] Eu sinto até necessidade disso [...], o conhecimento, de uma capacitação não dada, essa questão da assistência de enfermagem, [...] dentro, da nossa rotina de assistência ao prematuro [...] (E5)*

Esses conteúdos foram validados pelo desenho estória com tema:

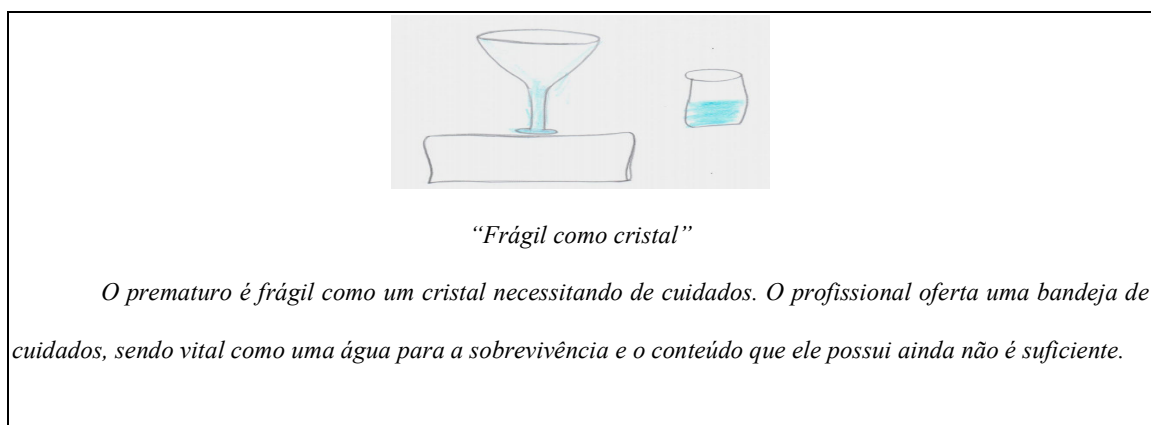


Figura 2: Desenho estória com tema – E1

Em levantamento bibliográfico realizado por Costa e colaboradores<sup>11</sup> as questões referentes à formação dos profissionais na enfermagem neonatal são referenciadas também como uma necessidade de investimentos, que vai desde a reformulação de programas educacionais até a qualificação das práticas de saúde nos serviços.

Sentindo a falta de um melhor respaldo teórico/prático, o cuidado ao prematuro vai sendo um empreendimento de aprendizagem muito dependente do esforço individual e a partir de experiências pessoais e/ou profissionais.

A experiência pode ser um importante recurso para a prática do cuidado, estimulando a interação entre profissionais e familiares, o que vai contribuir para o fortalecimento do vínculo e da relação de confiança entre os mesmos. As experiências cotidianas de aprendizagem, sistematizadas em uma relação dialógica e participativa, conduz à transformação através da reflexão e da ação<sup>12</sup>.

*[...] eu já tive a oportunidade, e... pra mim, é algo muito importante cuidar do prematuro porque meu filho foi prematuro, [...] Então, se você não tiver essa consciência dessa fase inicial, tudo depende [...] (E6).*

Há relato ainda que, em busca de capacitação profissional, o cuidado ao prematuro é abordado em situações e momentos específicos. Mas o enfoque dado a estes momentos/situações se concentra ao conhecimento técnico em UTI, sob uma ótica que relaciona doença-conduta e de modo insuficiente ao campo de atuação da atenção básica.

*[...]E na minha pós-graduação, eu lembro algumas matérias, parte teórica também. [...] eu fiz UTI adulto, do quadro das matérias, uma era UTI neonatal também agente viu uma coisa, mas muito pouco [...] (E3).*

Embora os entrevistados situem a importância da atuação do enfermeiro na atenção primária, a apropriação e o uso do conhecimento se tornam fatores limitantes a uma qualificação diferenciada de enfermagem deste cuidado.

*[...] a gente não teve capacitação em si pra poder dar a base, pra saber se essa criança está se desenvolvendo da forma correta. [...] fica um pouco sem ter a certeza se a gente está conduzindo de forma correta nosso cuidado [...] (E7).*

A falta de conhecimento acerca do manejo das situações de cuidado ao prematuro vai se concretizando nas instituições, desde a graduação, com a ausências de reflexões

curriculares que deem conta de organizar o percurso formativo, adequando a importância da temática no contexto atual e, posteriormente, na dificuldade de os profissionais e gestores tomarem este cuidado, tema tão específico e especial, como parte de sua educação permanente.

Ainda na temática dos saberes, a educação em saúde é representada como uma dimensão do cuidado ao prematuro. Tal representação está ancorada na centralidade das atividades educativas próprias dos processos de trabalho assumidos pelo enfermeiro na estratégia de saúde da família. Assim, destaca um dos entrevistados:

*[...] Em relação ao prematuro, assim, é muito superficial em relação à continuidade do cuidado no domicílio, é totalmente diferente, porque no domicílio a gente vai ter que orientar a mãe. [...] (E7)*

Martinez e colaboradores (2007) evidenciam o suporte informacional como um cuidado importante ao período posterior à alta hospitalar em decorrência da prematuridade. Os enfermeiros apontam em seus discursos três núcleos de direcionamento à sua ação de educação em saúde: a preparação para a situação da prematuridade a ser enfrentada pela família, as ações educativas como mecanismo de prevenção de doenças e a orientação de modo inespecífico.

Os efeitos da prematuridade podem ser prolongados e/ou crônicos, exigindo intervenções de promoção, prevenção, terapêutica e reabilitação, bem como apoio apropriado que envolve os profissionais, familiares e as redes sociais (vizinhos, igrejas, comunidades e associações). Estas intervenções devem ser permeadas por orientações específicas de cuidado e manejo de situações que exigem conhecimentos, habilidades relacionais e comunicacionais.

No sentido da prevenção de doenças, as orientações são enfatizadas, sobretudo, quanto aos aspectos biológicos. Como visualizado nas falas dos entrevistados:

*[...] orientando com relação à alimentação também, né? a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento dessa criança, tratando possíveis complicações [...] (E4).*

*[...] a gente orienta, o que é aleitamento (E7).*

*[...] ele nasce muito imaturo e esse cuidado é pra que ele desenvolva bem as suas funções depende também de muito, do cuidado dado e da orientação dos profissionais [...] (E9).*

*[...] orientar a mãe, a questão do contato também como ele ainda é prematuro, a questão da exposição da criança [...] (E9).*

Deste modo, a educação em saúde surge nos discursos como característica do cuidado ao prematuro, mas não é abordado numa perspectiva integral de saúde, pois se limita a “problemas de doenças” e não é possível vincular a um projeto terapêutico baseado em uma concepção ampliada de saúde.

No caso apresentado por esta pesquisa, a orientação como cuidado ao prematuro também está representada em tom inespecífico, cuidados comuns a outras crianças, como em:

*[...] incentivo pras formações dos grupos de gestantes, grupos de mulheres, grupos de mães[...] porque essa mãe precisa estar preparada pra todas as mudanças que vão acontecer ao longo, da gestação e principalmente pra chegada de um novo bebê [...] (E2).*

*[...] orientando a mãe, né? [...] e a família, aos cuidados, a mesma que a gente dá pra qualquer outra família. [...] (E3).*

Bomfim e Nascimento (2007) afirmam serem preocupantes orientações inespecíficas, como àquelas do aleitamento materno na condição de prematuridade, pois no dia a dia se convive com a insegurança, ansiedade e sofrimento das mães, assim como o constrangimento, dúvida e, às vezes, com a falta de capacitação dos profissionais de saúde diante da alimentação natural do prematuro.

No estudo de Martinez e colaboradores (2007), os profissionais de saúde relatam que os pais de pré-termo apresentam necessidades distintas de educação em saúde e reconhecem a importância de recursos educativos com informações específicas sobre a condição da prematuridade em relação ao crescimento e desenvolvimento.

### **Acompanhamentos e as redes sociais como cuidado: a proteção ao prematuro**

Em 2012, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica de nº 33 - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (CD) - com o objetivo de qualificar o cuidado e a articulação em rede<sup>8</sup>. Neste importante documento público, é possível constatar várias situações específicas relacionadas ao cuidado ao prematuro que servem como referências ao trabalho das equipes de saúde da família.

Estudos apontam que a construção de vínculo e responsabilização são estratégias fundamentais para o sucesso do acompanhamento e a redução da chance de evasão das crianças dos programas de CD<sup>15</sup>.

O profissional de enfermagem tem se colocado na linha de frente deste trabalho minucioso, contínuo e cuidadoso, que constitui o CD. Porém, quando se trata do acompanhamento ao prematuro, o enfermeiro, através de suas expressões, representa o reconhecimento da situação de vulnerabilidade que envolve o cuidado ao prematuro:

*[...] ele deve ser visto com prioridade, né? [...] pelo fato dele ser mais frágil, dele ser mais susceptível a algumas complicações, então ele precisa ser acompanhado de forma mais delicada [...] (E1).*

*[...] a gente precisa estar mais de perto, acompanhando, é a visita domiciliar mais breve possível de uma equipe de saúde [...] (E2).*

*[...] é... né, com uma rotina, de um aprazamento, de um intervalo menor, até pra gente ver como é que tá a questão do desenvolvimento, solicitações de exames, né? Exames, se tá tendo alguma alteração laboratorial, o desenvolvimento cognitivo.[...] (E5).*

Um importante aspecto a ser elencado como representação dos enfermeiros pesquisados na categoria do acompanhamento e redes sociais do cuidado ao prematuro é o encaminhamento no sentido de supervisão à assistência que este prematuro recebe em outros serviços de saúde.

Os encaminhamentos devem ser realizados a partir das necessidades do neonato, pois são importantes para a integralidade da assistência, entretanto, são necessários critérios de

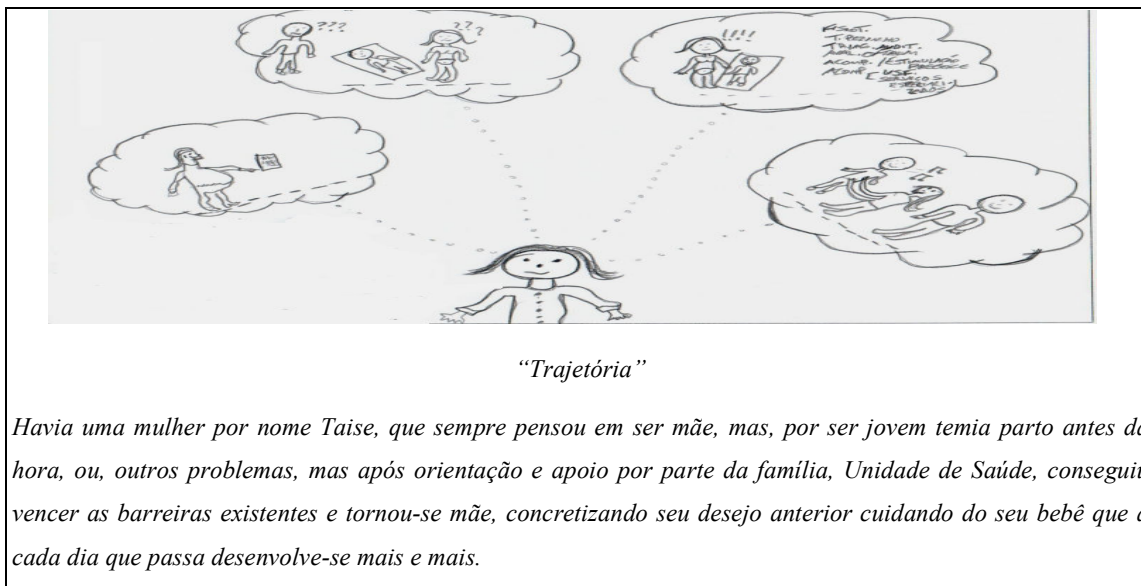
racionalização dos recursos e valorização do cuidado da equipe responsável, favorecendo a sincronia dos serviços.

A valorização do acompanhamento do CD nos serviços de atenção primária da criança prematura se dá pela adoção de medidas de organização dos serviços e de processos de trabalho: rotinas frequentes de visitas domiciliares; domínio da história de saúde (anamnese) através de mecanismos eficientes de comunicação e interação dos serviços e profissionais de saúde; cuidados físicos específicos, como o cuidado com a pele, prevenção de cegueira, inspeção de testículos, observados no caderno de atenção básica.

Profissionais citaram que, na prática, cuidados ao prematuro são localizados em nichos de especialidades (Unidade de Terapia Intensiva, centro de reabilitação, ambulatório de follow-up) que dominam historicamente o saber-fazer assim exposto:

*[...] é a garantia do retorno dessa criança pra fazer todos os exames, pra o centro de referências, para as consultas com o neonatologista [...] (E2).*  
*[...] e tentar dar os encaminhamentos necessários. [...] (E8).*  
*[...] e o encaminhamento também pra outras... outros profissionais fazendo a equipe multiprofissional, principalmente o acompanhamento no CEMERF [...] (E9).*

Os discursos reforçam a ideia que estes serviços especializados vêm se tornando pontos de coordenação do cuidado, na contramão das diretrizes e política da atenção básica do Brasil<sup>16</sup>. Estes encaminhamentos, quando realizados de modo inadequado, podem trazer como resultado o distanciamento das famílias dos prematuros para com os serviços de atenção primária, podendo refletir em um cuidado fragmentado<sup>3</sup>.



**Figura 3:** Desenho estória com tema – E8

A orientação desde o Pré Natal, parto e puerpério e outros cuidados específicos ainda são apontados como importantes pelo Ministério da Saúde: suplementação de ferro e rastreamento para anemia; os ajustes do calendário vacinal, a exemplo a BCG, de acordo com a idade gestacional, idade e peso; utilização de curvas específicas para o acompanhamento ideal do crescimento; no caso dos prematuros, o acompanhamento do desenvolvimento deve ser de rotina em intervalos mais curtos até os cinco anos, haja vista que distúrbios cognitivos, de linguagem e emocionais não são detectados facilmente antes de 04 anos de idade<sup>17</sup>.

O domicílio é um loco privilegiado de cuidado ao prematuro. Desta forma, os enfermeiros da estratégia de saúde da família podem ter uma ação direta e indireta (principalmente através dos ACS). Essas ações podem ser de intervenções e interações com a família. Os enfermeiros representam a subcategoria rede de apoio, através das expressões que para eles significam cuidado.

*[...] cabe a gente tá dando todo suporte, não somente como profissional de saúde, as mães e as famílias precisam estar envolvidas nesse processo. [...]* (E2).

*[...] tudo depende do cuidado que ele vai ter, tanto dos profissionais de saúde como da família [...]* (E4).



*[...] acho que pai e mãe presentes, tem que tá envolvidos nisso aí, né? ... por que é uma situação muito delicada, né? [...]* (E8).

A representação social dos enfermeiros sobre as redes sociais como cuidado ao prematuro requer o reconhecimento de dimensões que se encontram aquém do âmbito biológico, acionando no enfermeiro as preocupações com aspectos emocionais e com as dificuldades sociais comuns a situações vivenciadas, como na fala a seguir:

*[...] esse cuidado numa criança normal já é complicado para uma mãe socioeconomicamente, né? Com as condições não muito favoráveis, quando a gravidez não foi planejada muitas vezes, quando não tem um apoio da família, principalmente o companheiro, e aí eu fico pensando como é o cuidado com essa criança prematura. [...] até mesmo preparar essa família, esse ambiente pra receber essa criança em casa. Então, isso requer uma série de mudanças, né?* (E2).

Corroborando com a entrevistada 2, Simioni e Geib<sup>18</sup> afirmam que a rede social traz à família a possibilidade do equilíbrio frente às transformações e adaptações peculiares do prematuro.

Complementando, Simioni e Geib<sup>18</sup> colocam a situação de prematuridade experimentada pelos pais como ainda mais difícil quando não se pode contar com familiares, amigos ou profissionais de saúde que possam auxiliá-los nos cuidados requeridos pela criança no domicílio.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo permitiu apreender que os enfermeiros de ESF da cidade de Vitória da Conquista na Bahia, através das Unidades de Registro, representam o cuidado ao prematuro como expressão de competência, necessidade de educação em saúde para pais e familiares, importante ao acompanhamento e nas redes de apoio social.

O acompanhamento do cuidado ao prematuro é representado pelos enfermeiros como importante ao crescimento e desenvolvimento.

Os enfermeiros representam que o cuidado ao prematuro é pouco abordado na formação e requer capacitação para atuar na ESF. Essa deficiência reflete nos esforços pessoais e profissionais para melhoria no trabalho.

Os enfermeiros representam ainda o acompanhamento do cuidado ao prematuro como uma rede constituída de multiprofissionais, pais e família, para superação das necessidades do prematuro.

Nesta perspectiva, parece oportuno refletir, inicialmente com os profissionais da atenção primária (especialmente os enfermeiros da ESF), aspectos relevantes aos contextos e conhecimentos produzidos sobre o tema. Em outra vertente, como a prematuridade vem se tornando uma questão de saúde pública, a qualificação do cuidado de enfermagem perpassa pela abordagem precoce do cuidado ao prematuro ainda na graduação, bem como a construção de ações de educação permanentes e elaboração de mecanismos e estratégias (protocolos, guias, rotinas, rodas de conversas, oficinas de integração) capazes de produzir melhorias na qualidade da assistência a estes pequenos cidadãos.

## **REFERÊNCIAS**

1. Torati CV. 1979 - Política de atenção ao recém-nascido prematuro: morbidades respiratórias e neurológicas Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. – 2011. 142f.
2. Salge AKM, Vieira AVC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM, Zatta LT, Correa RRM, Siqueira KM, Guimarães JV, Rocha KMN, Chinem BM, Silva RCR. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. Rev. Eletr. Enf., 11(3), p. 642-6, 2009.
3. Braga PP, Sena RR de. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. Acta paul. enferm.[online]. 2012; 25(6): p. 975-980. ISSN 1982-0194.

4. Cardoso-Demartini, Adriane de Andre et al. Crescimento de crianças nascidas prematuras. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2011, vol. 55, n. 8, pp. 534-540. ISSN 0004-2730.
5. Gaiva MAM. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. *Cogitare Enferm*. 2006; 11(1), 61-6.
6. Sá Neto JA, Rodrigues BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. *Texto contexto-enferm*. 2010; 19:372-7.
7. Coutinho MPL. *Depressão infantil: uma abordagem psicossocial*. 2. ed. João Pessoa: Ed. Universitária, 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS, 2012.
9. Cohen C, Gobbetti G. Bioética da vida cotidiana. *Cienc. Cult.* [online]. 2004, 56(4), p. 47-49. ISSN 2317-6660.
10. Ruthes RM, Cunha ICKO. *Gestão por Competências nas instituições de saúde: uma aplicação prática*. São Paulo: Martinari, 2008.
11. Costa R, Padilha MI, Monticelli M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, 44(1), p. 199-204. ISSN 0080-6234.
12. Fonseca LMM, Scochi CGS, Rocha SMM, Leite AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2004, 12(1), pp. 65-75. ISSN 1518-8345.
13. Martinez CMS, Joaquim RHVT, Oliveira EB, Santos IC. Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. *Revista Brasileira de*

- Fisioterapia, 11(1): p. 73-81Jan./Fev. 2007. Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia, São Carlos, Brasil.
14. Bomfim DAS, Nascimento MJP. Cuidados de enfermagem, amamentação e prematuridade. Rev Enferm. UNISA, 2007; 8: 17-22.
  15. Viera CS, Mello DF. The health follow up of premature and low birth weight children discharged from the neonatal intensive care unit. Texto & Contexto Enferm. 2009; 18(1): 74-82.
  16. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Volume 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
  17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
  18. Simioni AS, Geib LTC. Percepção Materna quanto ao apoio social recebido no cuidado as crianças prematuras no domicílio. Rev Bras Enferm. 2008 set-out; 61(5): 645-51.

## 6.2 MANUSCRITO 2

**Representações Sociais de enfermeiros sobre continuidade do cuidado ao prematuro\***

Alda Silva Nery Amaral<sup>\*\*</sup>  
Rita Narriman Silva de Oliveira Boery<sup>\*\*\*</sup>

**Resumo**

**Objetivo:** Descrever as representações sociais de enfermeiros sobre a continuidade do cuidado ao prematuro em Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Vitória da Conquista na Bahia. **Métodos:** Estudo descritivo, abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Agrupou relatos de 10 enfermeiros das Unidades de Saúde da Família de Vitória da Conquista. Os dados surgiram a partir do desenvolvimento das técnicas de desenho estória com tema e entrevista semiestruturada e foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** A continuidade do cuidado ao prematuro emergiu em duas categorias: a Prática do Cuidado de Enfermagem para o Desenvolvimento do Prematuro e a Gestão do Cuidado ao Prematuro Centrada na Inter-relação. Na primeira, os enfermeiros apresentam as limitações e estratégias de cuidar. Na segunda categoria, refere-se à relação entre equipe-família e equipe-rede. **Conclusão:** Tanto como prestador quanto gestor da continuidade do cuidado, o enfermeiro apresenta necessidades de educação permanente.

**Descritores:** Prematuro; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família.

**Descriptors:** Infant, Premature; Nursing; Family Health Strategy.

**Descriptores:** Prematuro; Enfermería; Estrategia de Salud Familiar.

---

\* Artigo da dissertação de Mestrado intitulada: Representações sociais de enfermeiros sobre o cuidado ao prematuro.

\*\* Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié (BA), Brasil.

\*\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Bahia, Brasil. E-mail: rboery@gmail.com.

## **Introdução**

A importância de estudos e pesquisas sobre prematuridade está relacionada ao seu impacto sobre o aumento global nas taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos. O nascimento pré-termo é considerado um forte fator preditor de morbimortalidade infantil e uma das cinco principais causas de morte de criança no mundo<sup>(1)</sup>.

Do ponto de vista biomédico, o Recém Nascido Pré Termo (RNPT) é geralmente considerado de alto risco, susceptível a uma série de problemas decorrentes da imaturidade dos sistemas nervoso central e imunológico, dos aparelhos cardiovascular, respiratório, digestivo, renal<sup>2</sup>.

Sendo assim, a necessidade de cuidados se concentra inicialmente nos ambientes hospitalares, onde uma série de inovações e intervenções específicas vem sendo desenvolvidas provocando uma melhora da sobrevivência dos nascidos pré-termo, como exemplo a metodologia canguru (MC), que se inicia ainda no ambiente hospitalar com seus dois primeiros passos, tendo sua continuidade na residência do paciente, essa metodologia além de promover benefícios em termos da prevalência e da duração do aleitamento materno, propicia a redução do período de internação hospitalar .

Extrapolando o foco sobre as necessidades biomédicas, os riscos e complicações relacionadas à prematuridade ganham as ruas no momento da alta hospitalar. A partir daí, a família assume seu papel central no cuidado, surgindo necessidades de outras naturezas, o que requer avaliações de saúde-doença abrangentes e frequentes, integração da ação de especialistas da área da saúde e de outros profissionais, visando a intervenções, cada vez mais oportunas, de prevenção das doenças e de promoção da saúde do RNPT.

Desta forma, as necessidades de saúde dos recém nascidos sugerem demandas de um acompanhamento adequado e de cuidados de saúde primários, os quais são dispendiosos e que necessitam de mais recursos financeiros provenientes do poder público<sup>(3)</sup>.

No Brasil, de modo geral, os investimentos públicos em atenção primária são direcionados sobretudo na proposta da Estratégia em Saúde da Família (ESF), cujas responsabilidades se vinculam aos cuidados primários, inclusive do prematuro, dentro da organização do sistema de saúde.

A adoção de medidas que impactam sobre o perfil epidemiológico de morbimortalidade infantil em realidades específicas, os avanços do conhecimento e de tecnologias relacionados a um campo em franco desenvolvimento – neonatologia -, as características peculiares advindas da continuidade do cuidado ao prematuro no contexto da família são algumas das justificativas à necessidade de se produzir estudos sobre esta temática.

No caso em questão, a discussão do tema movimenta e provoca o agir-pensar sobre o trabalho do enfermeiro da ESF em relação ao objeto de estudo – a continuidade do cuidado ao prematuro – obviamente repercutindo diretamente na assistência, prevenção e reabilitação desses pacientes, tanto na rede primária quanto na terciária de assistência à saúde.

Assim, tanto no campo hospitalar (UTI) quanto no âmbito da comunidade (na ESF), o enfermeiro pode desempenhar papel colaborativo e de destaque junto à equipe multidisciplinar de assistência ao prematuro. Isto por que a atuação do enfermeiro na ESF está consolidada em atividades de educação em saúde, de gestão e prática clínica, de formação continuada e interdisciplinar dos membros da equipe e em sua ação social.

Ancorada na Teoria das Representações Sociais, a continuidade do cuidado ao prematuro, na perspectiva de enfermeiros, se desenvolve a partir de um sistema de referência (ideologia, imaginário social e linguagem) utilizado e partilhado para conceituar, classificar e interpretar os acontecimentos de sua experiência na ESF. Por seu efeito, principalmente na adoção de condutas e na justificativa de práticas sociais, as representações sociais constituem elementos essenciais à reflexão sobre aspectos e mecanismos que influenciam a qualidade do

cuidado ao prematuro prestado na ESF.

No sentido de ampliar as possibilidades de reflexão e colaborar na qualificação da atuação do enfermeiro, este estudo teve como objetivo apreender as representações sociais de enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a continuidade do cuidado ao prematuro.

### **Métodos**

Este estudo caracteriza-se em uma abordagem qualitativa, sendo um estudo descritivo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Teve a participação de 10 enfermeiros, os quais fazem parte de 10 das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), responsáveis por 10 (dez) das Unidades de Saúde (US) da zona urbana e rural do município de Vitória da Conquista, na Bahia.

Os participantes foram escolhidos a partir do tempo de experiência em ESF, obedecendo os critérios de inclusão, ou seja, enfermeiros com mais de um ano de experiência em ESF. A coleta dos dados se deu nas Unidades de Saúde da Família (USF) no segundo semestre de 2014, seguindo agendamento formalizado e obedecendo os critérios de disponibilidade dos profissionais escolhidos. Os participantes da pesquisa foram representados por letras de (A) a (J), de acordo a ordem da realização da coleta dos dados, garantindo o anonimato.

Para a produção dos dados foi utilizada a técnica projetiva do desenho estória com tema e a entrevista semiestruturada, com o intuito de uma técnica reiterar o elucidado na outra.

A técnica projetiva do Desenho Estória com Tema estimula a livre expressão de sentimentos e emoções, elaborando um esquema de comunicação pelo qual os participantes podem expor sua forma de compreender o que está em seu entorno, de modo concreto e inconsciente, com os desenhos criados do mundo real em que estão inseridos <sup>(4)</sup>.



De acordo instrumento em anexo, para o desenvolvimento da técnica desenho estória com tema primeiro foi solicitado ao participante que criasse um desenho sobre a temática em questão: a continuidade do cuidado ao prematuro; em seguida, que ele elaborasse uma pequena estória sobre o desenho e, por último, que desse um título à sua história. Neste estudo, foi utilizada a estória e não foi analisado o grafismo.

Ao término dessa etapa, iniciou-se a entrevista semiestruturada, conforme roteiro previamente elaborado e em anexo. A entrevista permite a compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, principalmente quando o objetivo é conhecer como as pessoas compreendem determinadas temáticas.

A análise dos dados produzidos ocorreu conforme modelo proposto por Bardin<sup>(5)</sup>, com as seguintes etapas: primeiramente, foi realizada a transcrição das entrevistas, depois a leitura rápida das transcrições; já na terceira etapa, foi possível a elaboração das categorias/subcategorias; na quarta etapa, procedeu-se a leitura exaustiva das entrevistas, obtendo como produto recortes importantes para a discussão sobre como ocorre a continuidade do cuidado ao prematuro através das unidades de registros selecionadas, tanto das entrevistas quanto dos desenhos história.

A pesquisa atendeu à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação CAAE sob o nº de 26759014.0.0000.0055 e Parecer nº 628111. Somente iniciada após liberação do Polo de Educação permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista.

## **Resultados**

O quadro a seguir mostra um resumo dos achados sobre a Classe Temática: Representações Sociais de Enfermeiros Sobre Continuidade do Cuidado ao Prematuro.

<b>Classe Temática – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE CONTINUIDADE DO CUIDADO PREMATURO.</b>		
<b>Categorias</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de significados</b>
<b>2.1 - PRÁTICAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA O DESENVOLVIMENTO DO PREMATURO – PCEDP</b>	2.1.1 Estratégias do cuidar (EC).	<p>[...] classificando esse prematuro [...]; [...] faz a visita [...]; [...] Pergunta sobre [...] [...] cuidado no toque, na atenção [...] no manejo dessa criança [...]; [...] visita domiciliar(VD) mais breve [...]; [...] a higiene [...] a respiração e a alimentação [...] (PB).</p> <p>[...] acolhe o prematuro [...] crescimento e desenvolvimento (CD)[...]; [...] é pegar referência [...] o que aconteceu, o histórico, [...] na rede hospitalar, [...] se entubado, [...] auxílio na amamentação [...] ver a questão da vacinação[...]; [...] acompanhando mês a mês [...] (PD).</p> <p>[...] cuidado no domicílio [...] orientar a mãe, a questão do contato [...] de exposição da criança [...] (PG).</p>
	2.1.2 – Limitações do cuidar (LC).	<p>[...] o conteúdo [...] não é suficiente (HTA).</p> <p>[...] falta [...] características mais específicas (PA).</p> <p>[...] faz-se necessário [...] REDE DE APOIO, [...] grupos de gestante, [...] centros de referências[...]; [...] Investir em saúde reprodutiva (HTB).</p> <p>[...] É necessário e importante o saber [...] o conhecimento para melhor conduzir esse cuidado [...] (HTC).</p> <p>[...] Qualquer alteração [...] [...] encaminhado [...] dificuldade de acesso, [...] [...] estrutural [...] (PC).</p> <p>[...] capacitação[...] (PE).</p> <p>[...] demanda muito grande [...] (PF).</p> <p>[...] demanda louca [...] não tem tempo de orientar tanto [...]; [...] precisa[...] estratégias, específicas para prematuro [...] (PH).</p>

**Quadro 1:** Classe Temática Representações Sociais de Enfermeiros sobre Continuidade do Cuidado ao prematuro. Práticas do Cuidado de Enfermagem para o Desenvolvimento do Prematuro – PCEDP - Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2015.

**Fonte:** Dados das entrevistas e do Desenho estória com Tema

No Quadro 02, está evidente a classe temática Representações Sociais de Enfermeiros Sobre a Continuidade do Cuidado ao Prematuro com as subcategorias Interação equipe família (IEF) e Interação equipe rede (IER):

<b>Classe Temática – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PREMATURO.</b>		
<b>Categorias</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de significados</b>
<b>2.2 - GESTÃO DO CUIDADO AO PREMATURO CENTRADO NA INTERRELAÇÃO – GCPCI</b>	2.2.1 – Interação equipe família (IEF).	[...] Acolhimento aos pais, a avó(PD). [...] Apoio para a família, e observando[...] para evoluir de forma tranquila [...] menos traumática para os pais [...] (PH). [...] é importante [...] vínculo tanto na maternidade que nasceu, com a família e com a unidade de saúde da família [...]; [...] fazer encaminhamentos necessários para outros serviços da rede [...]. (PJ).
	2.2.2 – Interação equipe rede (IER)	[...]visita domiciliar mais breve [...] [...]mais perto do agente comunitário de saúde [...] garantia do retorno dessa criança [...]centro de referências [...]consultas com o Neo [...] (PB). [...] ela já vem com [...] protocolo de atendimento [...]trabalhar essa questão de referência e contra referência [...]a gente, raramente consegue [...]faz falta [...]. (PE). [...]estimulação precoce [...] avaliação pelo terapeuta [...]; [...]acompanhamento enfermeiro, [...]médico [...] e vínculo com o agente comunitário de saúde [...] (PH). [...] e o encaminhamento para [...]outros profissionais[...]equipe multiprofissional [...]CEMERF(Centro Municipal de Reabilitação Física) [...] (PI).

**Quadro 2:** Classe Temática Representações Sociais de Enfermeiros sobre Continuidade do Cuidado ao prematuro. Gestão do Cuidado ao Prematuro Centrado na Interrelação – GCPCI Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2015.

**Fonte:** Dados das entrevistas e do Desenho estória com Tema

Dos dados produzidos emergiram duas categorias e suas respectivas subcategorias: Prática do Cuidado de Enfermagem para o Desenvolvimento Prematuro – PCEDP (estratégias do cuidar, limitações do cuidar) e a Gestão do Cuidado ao Prematuro Centrado na Interrelação - GCPCI (interação equipe-família e interação equipe- rede).

A Prática do Cuidado de Enfermagem para o Desenvolvimento do Prematuro (PCEDP) está ancorada no reconhecimento dos participantes de que criança prematura demanda especificidades e cuidados adequados, a fim de alcançar seu desenvolvimento de

forma positiva, ainda que os mesmos não tenham segurança e domínio dos conhecimentos de aporte às ações.

Assim, na primeira subcategoria - (Estratégias do cuidar (EC) -, os participantes relacionam mecanismos de superação das dificuldades do dia a dia, a partir das condições concretas do seu processo de trabalho. Neste, os enfermeiros participantes fazem referências às consultas, visitas e orientações, sendo estas de caracterização inespecífica ao prematuro.

A segunda subcategoria traz as limitações do cuidar (LC), refere-se aos obstáculos identificados pelos enfermeiros a um exercício satisfatório do processo de cuidar, advindos de sua auto-avaliação de desempenho pessoal e/ou institucional.

No que diz respeito às limitações institucionais, cita-se problemas como: o excesso de famílias acompanhadas e a conseqüente interferência que tal fato tem para a frequência, periodicidade, qualidade das consultas e visitas, bem como a desarticulação entre a Unidade de Saúde da Família e os demais serviços da rede de saúde, especificamente no que se refere aos mecanismos de comunicação, fluxo de referência e contra-referência e, ainda, fatores dificultadores de acesso aos profissionais e unidades especializadas.

A categoria Gestão do Cuidado ao Prematuro Centrada na Inter-relação (GCPCI) surge como uma representação da interdependência nos diferentes níveis de atenção, da ação multiprofissional, da interdisciplinaridade do conhecimento relacionado ao processo de cuidar de prematuros.

A subcategoria interação equipe-família (IEF) foi delimitada na compreensão da importância atribuída pelos enfermeiros participantes à relação estabelecida com a família desde a gestação, passando pelos eventos iniciais do nascimento, até o cotidiano do desenvolvimento e crescimento, no contexto do cuidar na atenção primária.

A IEF está marcada nas falas dos participantes pelos momentos de contato/convivência entre os profissionais e a família do prematuro que objetivam a troca de

informação entre os mesmos, referente a adaptações da vida familiar e aos movimentos dentro do sistema de saúde, orientações mais gerais, ou ainda, cuidados de rotinas ofertadas pela unidade de saúde da família (teste do pezinho, vacinação, consulta de Crescimento e Desenvolvimento - CD).

Quanto à subcategoria interação equipe-rede (IER), ela representa o reconhecimento do trabalho em equipe, envolvendo os profissionais da Unidade de Saúde da Família e a interação com os serviços especializados, além do que, nesta subcategoria, emergem questões sobre interação da rede em diferentes níveis.

Ainda sobre a gestão do cuidado, os enfermeiros consideraram a IER uma continuidade do cuidado, à medida que viabilizam e controlam a realização dos encaminhamentos relacionados ao cuidado ao prematuro, nos outros pontos assistenciais da rede de saúde, conforme as necessidades identificadas principalmente às de foco biológico. Reconhecem que o cuidado ao prematuro tem necessidades que superam a capacidade resolutiva do serviço ou do nível de atenção onde atuam.

## **Discussão**

Para compreender a emergência da representação da Prática do cuidado de enfermagem para o desenvolvimento do prematuro (PCEDP) como uma categoria da Representação Social da Continuidade do Cuidado é importante compreender que o conceito de cuidado construído em função da realidade de trabalho do enfermeiro, embora considere os aspectos interpessoais, ainda está centrado na instância técnica<sup>(6)</sup>.

A subcategoria Estratégias de Cuidar – EC surge como uma representação que está ancorada no reconhecimento da corresponsabilidade assumida pelos enfermeiros, na garantia da sobrevivência do prematuro, inserindo-os na sociedade como seres bem adaptados, funcionais e com boa qualidade de vida<sup>(12-15)</sup>.

Neste sentido, tanto as estratégias do cuidar quanto as limitações do cuidar giram em torno da valorização da dimensão biológica e dos mecanismos técnico-operativos do cuidado ao prematuro.

Entre as estratégias referidas, as consultas de enfermagem, visitas domiciliares e as orientações para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento são mencionadas de maneira recorrente.

Quanto à consulta ao prematuro, sugere-se a sua realização de modo particularizado, haja vista as necessidades de ajustes de avaliação e de condutas, em função das especificidades comuns à condição da prematuridade, como por exemplo: ajuste da idade cronológica à idade gestacional corrigida, até os 2 anos de idade, e, assim, não subestimar os resultados esperados, aprazamento diferenciado do intervalo de consultas, avaliação neurológica com base em métodos específicos (como o de Amiel Tison), teste de triagem de desenvolvimento de Denver, entre outros <sup>(12,13,16)</sup>.

Embora relatem a brevidade em que tais visitas devam ocorrer por ocasião da chegada do neonato ao domicílio, não houve relato que especifique o período de ocorrência das mesmas em até três dias, como recomenda o Ministério da Saúde, bem como não há menção de visitas domiciliares pré-alta pelos enfermeiros participantes, enquanto que a literatura refere que as VD pré-alta possibilitam a realização de um diagnóstico sociocultural e familiar mais abrangente, por detectar as dificuldades e identificar as potencialidades de cada família e, assim, contribuir para uma maior segurança no cuidado <sup>(16,17)</sup>.

Analisando a subcategoria Representações das limitações do cuidar, nela há um direcionamento dado pelos enfermeiros como de necessidades de ordem pessoal e, também, relacionadas às dificuldades nas instituições onde atuam.

Para os enfermeiros da atenção primária estudados, a representação da continuidade do cuidado ao prematuro está distanciada entre a sua prática diária e a correnteza de inovações.

Implica em insegurança de domínio de conhecimento e se torna presente em seu processo de trabalho na relação com a família do prematuro. Família esta advinda, na maioria das vezes, de experiências de Unidades Hospitalares, onde a confiança com o profissional está baseada sobretudo na troca e valorização de informações, principalmente de conteúdo técnico.

Os enfermeiros, tanto no hospital quanto na comunidade, são os profissionais de saúde que têm a confiança da família e frequentemente são convidados a ajudar durante o momento de crise<sup>(3)</sup>. Um destes pode ser o momento de alta hospitalar. As mães demonstram apreensão de não saber atender às necessidades do filho ou de expô-lo a situações de risco<sup>(7)</sup>. Desse modo, os desafios de promover os ajustes e a adaptação da família com relação aos cuidados em domicílio podem recair sobre os profissionais da Estratégia em Saúde da Família (ESF).

Desta forma, entende-se que o tema – continuidade do cuidado ao prematuro na atenção primária - torna-se uma necessidade para estes participantes, necessitando entrar na pauta da educação permanente e se tornar ainda alvo específico da construção de protocolos, rotinas e melhorias das práticas em serviço.

Em outra direção, emanam dos discursos dos enfermeiros participantes as limitações que interferem na continuidade do cuidado ao prematuro que independem exclusivamente de sua atuação e resolução individual, aqui denominada de limitação do cuidar de relação institucional.

Desde 2005, a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade sinalizou em documento encaminhado ao Ministério da Saúde a ocorrência dos mesmos problemas citados pelos enfermeiros participantes (o excesso de famílias acompanhadas, a desarticulação entre a Unidade de Saúde da Família e os demais serviços da rede de saúde, bem como fatores dificultadores do acesso aos profissionais e às unidades especializadas), alertando sobre como os mesmos influenciam na qualidade da assistência prestada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família<sup>(8)</sup>.

Sendo a Atenção Primária proposta como ordenadora do cuidado<sup>(9)</sup>, estes problemas podem repercutir para a resolutividade e qualidade do acompanhamento do prematuro, pois tal acompanhamento assume rumos peculiares em função de características como: ritmo diferenciado do desenvolvimento neuro-motor do pré-termo, prevalência aumentada de problemas crônicos, necessidade de atendimento multiprofissional e a própria adaptação da família<sup>(3,7,10)</sup>.

Efetivar os projetos terapêuticos dos prematuros exige um suporte dos serviços de saúde e apoio social (projetos e pessoas com as quais a família possa contar), devido aos vários fatores de desequilíbrio instalado na realidade do nascimento prematuro e pelas fragilidades existentes no contexto da atenção à saúde da criança no Brasil<sup>(11)</sup>.

Convém destacar que as práticas são enunciadas sempre em caráter individual e não se encontram, nos registros feitos neste estudo, ações desenvolvidas pelos enfermeiros em caráter coletivo, tão comumente presente no seu processo de trabalho dentro da Estratégia em Saúde da Família.

A categoria GCPCI representa que a continuidade do cuidado ao prematuro na perspectiva dos enfermeiros participantes perpassa pela gestão do cuidado. Gerir o cuidado é prover ou disponibilizar tecnologias de saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da vida, visando o seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz<sup>(18)</sup>.

A subcategoria IEF evidencia que os encontros entre a família-equipe são momentos de gestão do cuidado, pois situações são mediadas por interesses e necessidades de ordem emocional, social e do desenvolvimento do prematuro, sobretudo do ponto de vista biológico.

A boa ou má gestão do cuidado na interação equipe-família (ou também dita como do profissional-usuário) está condicionada à postura ética do profissional naquilo que ele



concebe o usuário em suas necessidades, à sua competência que desencadeia em melhores respostas às necessidades do usuário e à capacidade de vínculo <sup>(18)</sup>.

Ao se analisar com maior profundidade o papel do enfermeiro na gestão de cuidado ao prematuro em domicílio, se evidenciou a habilidade desse profissional para garantir a adesão do prematuro aos serviços de acompanhamento, sendo, ainda, reconhecido como facilitador da construção da autonomia da família no cuidado do prematuro e favorecendo a continuidade da atenção <sup>(9)</sup>.

A subcategoria IER ratifica a continuidade do cuidado ao prematuro como dependente de uma equipe multiprofissional disposta em uma rede integrada de serviços <sup>(10)</sup>. Porém, no Brasil, a atenção ao prematuro ainda enfrenta importantes obstáculos, para que a rede opere nestas condições descritas e que as atividades programáticas sejam concretizadas <sup>(11)</sup>, embora a continuidade do cuidado seja considerada característica central e exclusiva ao nível de atenção primária <sup>(20)</sup>.

## **Conclusão**

As ações de continuidade do cuidado ao prematuro estão baseadas na confiança dos familiares e no comprometimento profissional com cada um desses usuários. Logo, este estudo traz a importância dada pelos enfermeiros ao vínculo da equipe junto ao prematuro e seus familiares, no âmbito do serviço de saúde da atenção primária. Mas também apontam as dificuldades que limitam o cuidado prestado e contribuem para um distanciamento das famílias ao serviço de atenção primária, após a alta hospitalar da criança, não evidenciando o papel da busca da ESF pelo prematuro.

Evidenciou-se também que os participantes desenvolvem atividades para consolidar padrões vinculares de maior consistência entre a família e a equipe. Porém, os mesmos

participantes apontam que a sua limitação de caráter técnico-científico se torna um empecilho à sua atuação como prestador e gestor do cuidado a essa clientela específica.

Apesar do desejo pessoal dos profissionais, a superação dos obstáculos apontados perpassa por um investimento na formação e na preparação do profissional, que ainda apresenta lacunas nesse sentido. Os desafios de continuidade do cuidado também são expressos em problemas de ordem estrutural, corriqueiramente encontrados nos serviços de saúde. Parece oportuno propor a criação de uma linha de cuidados ao prematuro nas ESF, visando adequações na organização do sistema de saúde e a busca da eficiência, eficácia e efetividade da assistência prestada.

Neste estudo não foi possível captar um padrão de registros comum aos participantes que configure a realização uniforme de fluxos e da realização de atividades programáticas importantes para uma linha de cuidado e organização integrada de uma rede para a continuidade do cuidar ao prematuro.

Assim sendo, a discussão sobre a continuidade do cuidado ao prematuro perpassa, entre outras, pela reflexão sobre a organização do sistema de saúde em questões como: construção de linhas de cuidado contextualizadas à realidade estudada, atenção individualizada ao prematuro (com tempo e frequência adequada a cada caso), bem como a integração da rede para a efetivação de projetos terapêuticos.

A continuidade do cuidado ao prematuro que se caracteriza por uma relação terapêutica de permanência longitudinal deverá ser também dimensionada no aspecto das relações humanas estabelecidas e, neste sentido, o enfermeiro se coloca em posição privilegiada, haja vista seu papel central nas atividades de educação em saúde e no intenso contato com a família em situações do cotidiano da ESF.

## Referências

1. World Health Organization. Levels and trends in child mortality 2012. Geneva: WHO; 2012.
2. Balbino FS. Preocupações dos pais de recém-nascidos prematuros com a proximidade da alta da unidade de terapia intensiva neonatal [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2004. 165f p.
3. Kenner C, Boykova, M. Enfermagem Neonatal em um contexto global: principais realizações e progressos. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras; Morais SCR, Souza KV, Duarte ED, organizadores. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2014. p. 9-46.
4. Alves RD. O tratamento odontológico sob o olhar da criança: Um estudo de Representação Social. [Dissertação de mestrado]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005. 98p.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
6. Silva L de F da, Damasceno MMC, Carvalho CM de L, Souza PDS de. Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes. Rev. bras. enferm. 2001; 54(4):578-588.
7. Morais AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança prematura no domicílio. Acta paul. enferm. 2009; 22(1):24-30.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2012.
9. Braga PP, Sena RR. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. Acta Paul Enf. 2012; 25(6):975-80.

10. Braga PP, Sena RR. Avanços na atenção ao prematuro e a continuidade da assistência: reflexão sobre rede de cuidados. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 2013 set/dez; 3(3):899-908.
11. Viera CS, Mello DF de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. *Texto contexto - enferm*. 2009; 18(1):74-82.
12. Viera CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev. Eletr. Enf*. 2010;12(1):11-9.
13. Moreira MEL, Lopes JMA, Caralho M. (orgs). *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564p.
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília; 2011. 195p.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília; 2004.80p.
16. Sassá AH, Rosa TCS, Souza SNDH, Rossetto EG. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011; 10(4):713-21.
17. Dos Santos LC, Balamint T, Deggau H de S, Sarah N, Giovanini Rossetto, E. Perception of premature infants' mothers on home visits before and after hospital discharge. *Invest. educ. enferm*. 2014; 32 (3): 393-400.
18. Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface - Comunicação, Saude, Educação*. 2009; 13(supl.1):545-55.
19. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(5):2297-2305.

20. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.726p.
21. Caetano LC, Scochi CGS, Angelo M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):562-8.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados neste estudo a partir da utilização das técnicas desenho estória com tema e entrevista semiestruturada, permitiu-se apreender dos enfermeiros de Estratégia de Saúde da Família as representações sociais sobre o cuidado ao prematuro em que a competência, a educação em saúde, o acompanhamento e as redes sociais surgem como categorias representantes de aspectos dimensionados pelo enfermeiro, como partes do cuidado ao prematuro, importantes para o seu desenvolvimento, ainda que o foco esteja sobre os aspectos físicos. Dessa forma, os esforços de formação para uma atuação mais holística mostraram-se insuficientes.

Foi observado que, no atual processo de trabalho do enfermeiro, da Estratégia de Saúde da Família, a lacuna proveniente da formação ainda carece de melhor atenção, no sentido da qualificação profissional e de maiores investimentos por parte dos gestores, através de políticas públicas voltadas a este fim – a prematuridade.

O cuidado ao prematuro, como preconizado em sua condição da integralidade, usuário-centrado e baseado num projeto terapêutico singular, promove inquietações e desafios aos enfermeiros em seu entorno, citados como: a formação de vínculo, a integração dos serviços de atenção primária com os demais níveis de atenção, a incorporação das redes sociais como suporte às ações da equipe e superação das necessidades do neonato pré-termo e novas demandas relacionadas ao conhecimento.

A continuidade do cuidado ao prematuro tem sido considerada característica central e exclusiva ao nível da atenção primária, as ações de continuidade do cuidado ao prematuro estão atreladas à confiança dos familiares e no envolvimento profissional com estes usuários individualmente. O estudo mostrou a importância elucidada pelos enfermeiros ao vínculo da equipe junto ao prematuro e seus familiares no âmbito ESF, como também aponta suas dificuldades e limites que colocam em evidência o cuidado a ser prestado ao prematuro, contribuindo para um distanciamento das famílias com o serviço de atenção primária após a alta da criança.

Não obstante a vontade pessoal dos profissionais, a suplantação dos obstáculos apontados depende de investimento na formação e na preparação do profissional, o que ainda se apresenta insuficiente nesse aspecto. São muitos os desafios para a continuidade do cuidado ao prematuro, mostrados nas questões de ordem estrutural, constantemente observados nas ESF, sendo interessante propor uma linha de cuidado sobre a atenção ao prematuro, visando adequações na organização do sistema de saúde e busca da eficiência, eficácia e efetividade da assistência prestada.

Nesta concepção, cabe a reflexão dos profissionais da atenção primária, especialmente os enfermeiros da ESF, acerca de aspectos relevantes e conhecimentos produzidos sobre o tema. Em outra vertente, como a prematuridade vem se tornando uma questão de saúde pública, a qualificação do cuidado de enfermagem perpassa pela abordagem precoce do cuidado ao prematuro ainda na graduação, bem como a construção de ações de educação permanentes e elaboração de mecanismos e estratégias (protocolos, guias, rotinas, rodas de conversas, oficinas de integração) capazes de produzir melhorias na qualidade da assistência a estes pequenos cidadãos.

Assim, faz-se necessário repensar a função do enfermeiro na equipe multiprofissional de continuidade do cuidado ao prematuro na ESF, podendo seu trabalho ser potencializado na promoção e participação de encontros. Sugere-se, portanto, que o primeiro destes seja do enfermeiro da ESF com a Unidade de Internação de origem. Outra recomendação é que o serviço de enfermagem da unidade hospitalar elabore Relatório dos Cuidados de Enfermagem e estratégias do cuidar específicas da prematuridade, considerando as particularidades de cada usuário. Dessa forma, a enfermagem estará contribuindo para o desenvolvimento de uma assistência adequada ao prematuro.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C.A. Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. de (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB,1998. p. 27-38.

ARAUJO, N.S.A. **O papel da assistência hospitalar ao recém-nascido na mortalidade neonatal precoce na Região Sul do município de São Paulo: estudo caso-controle**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP.

ARRUDA, D.C.; MARCON, S.S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto & Contexto Enfermagem**. Santa Catarina, v. 16, n. 1, p. 120-128, 2007. Disponível em: <<https://www.google.com.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BEZERRA, L.C.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; LATORRE, M.R.D.O. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 6, n. 2, p. 223-229, 2006. Disponível em: <<https://www.google.com.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

BOTELHO, Sumaya Medeiros. **Representações Sociais de Mães sobre prematuros hospitalizados e o cuidar materno**. 2011. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal. — Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria 693/GM de 05/07/2000**. Norma de Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso - Método Mãe Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, **Guia prático do programa da Saúde da Família**. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004.



BRASIL. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**. Organização Pan-Americana de Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<https://www.google.com.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

CARVALHO M.; GOMES, M. A. S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **J. Pediatr.** 2005, suplemento v. 81, n.1, p. 111-117.

CASCAES, A.M.; GAUCHE, H.; BARAMARCHI, F.M.; BORGES, C.M.; PERES, K.G. Prematuridade e fatores associados ao estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do sistema de informações sobre nascidos vivos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1024-1032, 2008. Disponível em:<<https://www.google.com.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

COUTO, F. F.; PRACA, N.S. Preparo dos pais de recém-nascidos prematuros, para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 886-891, out./dez. 2009. Disponível em:<<https://www.google.com.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil no Brasil. In: **Rede Interagencial De Informações para a Saúde**. Informe de situação e tendências: demografia e saúde. Brasília, 2009.

JODELET, D. "Représentations Sociales: phénomènes, concept et théorie". In: MOSCOVICI, S. (org.) **Psychologiesociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 1990.

JODELET, D. "Das representações coletivas às representações sociais: elementos para a história". In: JODELET, D. (org.) **As representações Sociais**, p. 45-64. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

KRAMER, M.S.; GOULET, L.; LYDON, J.; SÉGUIN, L.; McNAMARA, H.; DASSA, C. et al. Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. **Pediatric Perinatal Epidemiol**, v. 15, Suppl. 2, p. 104-23, 2001. Disponível em: <<https://www.google.com.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

LAWN, J.E.; COUSENS, S.; ZUPAN, J. Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? **Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 891-900, 2005.

MINAYO, M.C.S. O quantitativo/qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 239-262, 1989. Disponível em: <<https://www.google.com.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

PAIM, J.S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, p. 361-365, 2002.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. Home care of the premature baby. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, p.124-30, 2009. Disponível em: <<https://www.google.com.br/>>. Acesso em: 25 jul 2013.

MOSCOVICI, S. **Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 2003.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 404p.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996. Disponível em: <<https://www.google.com.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

SÁ, C. P. A. “Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria”. In: SPINK, M. J. (org.). **O Conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social, p. 19-45. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SBERSE, L. **Fatores associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em Bento Gonçalves**. 2011. 94p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina. Porto Alegre.

UNICEF - United Nations Children’s Fund. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report*. September, 2013.

VENANCIO, Sonia Isoyama and PAIVA, Rui de. **O processo de implantação dos Comitês de Investigação do Óbito Infantil no Estado de São Paulo**. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2010, vol.10, n.3, pp. 369-375. ISSN 1519-3829.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 11, n. 60, p.138-4, 2011.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Lancet Appropriate technology for birth**. 2:436-7.1985.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A:****UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Enfermeiro (a):

Eu, Alda Silva Nery Amaral, mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em Jequié, Bahia, juntamente com a Professora Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, estamos realizando a pesquisa *“Representações Sociais de Enfermeiros Sobre o Cuidado Ao Prematuro”*. Estamos lhe convidando para participar da nossa pesquisa, pois se trata de um estudo relevante, que será desenvolvido para descrever como se dá a continuidade do cuidado ao prematuro na realidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A pesquisa tem como objetivos: Apreender as Representações Sociais de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre o cuidado ao prematuro; descrever como se dá a continuidade do cuidado ao prematuro nas ESF; Averiguar como funciona a rede de cuidados e a rede de apoio à família do prematuro.

Ao concordar com a participação na pesquisa, você deverá estar à disposição para participar dos dois métodos de coleta de dados que serão utilizados, o desenho estória com tema e a entrevista semiestruturada. Durante a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, se alguma pergunta lhe causar desconforto ou constrangimento, pode ficar à vontade para deixar de responder a essa pergunta. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo. Os dados gerados por cada participante serão guardados e somente os pesquisadores terão acesso às informações. Em todo e qualquer relatório ou publicação resultante deste trabalho, a identificação do participante não será revelada, ou seja, o anonimato é garantido. Este estudo poderá proporcionar um planejamento de ações e a prestação de uma assistência de qualidade para os prematuros e por isso, a sua colaboração é fundamental. Se você quiser ou necessitar de mais informações sobre esta pesquisa, por favor entre em contato com Alda Silva Nery Amaral, com a professora Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, no Campus de Jequié, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sito na Av. Jose Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia ou pelos telefones: (73) 3528-9738 (Mestrado em Enfermagem), (73) 3528-9739 (Comitê de Ética em pesquisa - CEP).

Caso aceite participar livremente deste estudo, favor assinar este termo de consentimento em duas vias. Agradecemos por sua atenção e colaboração.

Assinatura do (a) Participante \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora \_\_\_\_\_

Vitória da Conquista/Bahia, Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APÊNDICE B:****ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DA TÉCNICA DESENHO ESTÓRIA COM TEMA**

Etapas:

- 1ª)** Faça um desenho relacionado ao cuidado ao prematuro na ESF;
- 2ª)** Conte uma estória relacionada ao que foi desenhado;
- 3ª)** Dê um título à estória criada por você.

**Material utilizado:** Papel A4, grafite, borracha e lápis em cores.

**APÊNDICE C:****ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****I - INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS**

<b>1 INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS</b>
<p>1. Possui Pós Graduação: Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) se possui, em quê? _____</p> <p>2. Possui cursos voltados para o cuidado ao prematuro? Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Qual (is)? _____</p> <p>3. Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família? _____</p> <p>4. Durante sua atuação na ESF, você participou de algum treinamento ou capacitação Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Em caso afirmativo, como ocorreu? _____ _____</p> <p>5. Você conhece as redes de cuidados e apoio á família do prematuro? Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Como elas funcionam? _____</p>

**II - QUESTÕES ESPECÍFICAS**

- 1) Para você, o que significa cuidado ao prematuro?
- 2) Como você descreve prematuridade?
- 3) Em que consiste o processo de acompanhamento do prematuro e sua família na sua ESF?

## **ANEXOS**



**ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP/UESB**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS NO CUIDADO AO PREMATURO

**Pesquisador:** ALDA SILVA NERY AMARAL

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 26759014.0.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 628.111

**Data da Relatoria:** 23/04/2014

**Apresentação do Projeto:**

Estudo sobre as Representações Sociais (RS) de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado ao prematuro, busca a obtenção de informações que possam auxiliar/facilitar o atendimento dessa clientela. Objetivo geral: apreender as Representações Sociais de Enfermeiros de ESF sobre o cuidado ao prematuro. Tratar-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa. A coleta de dados será realizada com Enfermeiros das equipes das ESF do município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, entre os meses de fevereiro e abril de 2014. As técnicas de coleta de dados serão: Teste de Evocação Livre de Palavras (EVOC) e entrevistas semiestruturadas. O Teste de evocação livre de palavras será analisado por meio do software EVOC 2003 e as entrevistas, a partir da análise de conteúdo temática proposta por Bardin.

**Objetivo da Pesquisa:**

Apreender as Representações Sociais de Enfermeiros da ESF sobre o cuidado ao prematuro.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O estudo não apresenta riscos, mas no seu escopo refere a possibilidade de constrangimento, para seus participantes. Os benefícios esperados referem-se a impacto sobre ações e planejamento de estratégias sanitária no campo da saúde pública.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O desenho do estudo contempla o seu objetivo.

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
**Bairro:** Jequezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 628.111

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os itens foram apresentados. TCLE de acordo com o que estabelece este CEP e a regulamentação vigente no Brasil.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em reunião do dia 28/04/2014, a plenária DO CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

JEQUIE, 28 de Abril de 2014

Assinador por:

Ana Angélica Leal Barbosa  
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510  
UF: BA Município: JEQUIE  
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

## ANEXO B:

## Ofício da Escola de Formação em Saúde da Família



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA  
Secretaria de Saúde  
ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
www.pmvc.ba.gov.br

---

02 de abril de 2014  
CI nº 81 /2014

**Da: Assessoria de Planejamento e Educação Permanente**  
**Para: Atenção Básica**  
Att.: Dayse Samara Brandão Matos – Diretoria de Atenção Básica

Informamos que a Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde analisou e emitiu parecer referente ao projeto de pesquisa: "Representações sociais de enfermeiros sobre o cuidado ao prematuro" foi deferida sem restrições.

Estamos encaminhando a pesquisadora Alda Silva Nery para realização da pesquisa nas Unidades.

Atenciosamente,

  
**Michela Macedo Lima Costa**  
Assessoria de Planejamento e Educação Permanente  
Coordenação do Pólo de Educação Permanente em Saúde

---

Rua Olívia Flores, 3000, Bairro Universidade (Estrada para UESB)  
Fone: (77) 3429-3473  
CEP 45031-000 - Vitória da Conquista - Bahia  
Escola de Formação em Saúde da Família

**ANEXO C:****Normas da Revista Brasileira Materno Infantil**

A **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares-especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

**Direitos autorais**

Os artigos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

**Aspectos Éticos****1. Ética**

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

**2. Conflitos de interesse**

Ao submeter o manuscrito, os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

**Critérios para aprovação e publicação de artigo**

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza, exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível, mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista.

A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Técnico-Científicos em articulação com os Editores Associados. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Técnico-Científicos e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2, os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza

pontuais do texto, os Editores Técnico-Científicos e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idiomas corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo, a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação final.

### **Seções da Revista**

**Editorial** escrito a convite do editor

**Revisão** avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo-se levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

**Artigos Originais** divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais, recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção, inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos, verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado, os autores devem indicar o número de registro do mesmo.

**Notas de Pesquisa** relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, e até 10 referências.

**Relato de Caso/Série de Casos** casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: *Introdução*, *Descrição* e *Discussão*. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

**Informes Técnico-Institucionais** deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado, podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

**Ponto de Vista** opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

**Resenhas** crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *on line* (máximo 1.500 palavras).

**Cartas** crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

**Artigos Especiais** textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

### **Notas**

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas exclui resumos,

tabelas, figuras e referências;

2. Por ocasião da submissão, os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

## Forma e preparação de manuscritos

### Apresentação e submissão dos manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos *on-line*, através de link próprio na homepage da Revista: <http://www.imip.org.br/rbsmi>. Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Por ocasião da submissão do manuscrito, os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição e a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinadas por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

### Estrutura do manuscrito

**Página de identificação** título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

**Página de Resumos** deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Relato de Caso/Série de Casos, Informe Técnico-Institucionais, Artigos Especiais e Artigos de Revisão, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o *abstract*. Os resumos dos Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição e Discussão. Nos artigos de Revisão, os resumos deverão ser estruturados: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados (síntese dos dados) e Conclusões.

**Palavras-chave** para identificar o conteúdo dos trabalhos, os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

**Página das Ilustrações** as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em dégradé (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte. O gráfico deverá ser bidimensional.

**Página da Legenda** as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

**Agradecimentos** à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

**Referências** devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

### Artigo de revista

Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. *Obes*

Gastroenterol. 2007; 132: 2087-102.

**Livro**

Sherlock S, Dooley J. Diseases of the liver and biliary system. 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

**Editor, Organizador, Compilador**

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

**Capítulo de livro**

Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of anti hypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

**Congresso considerado no todo**

Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

**Trabalho apresentado em eventos**

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

**Dissertação e Tese**

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

**Documento em formato eletrônico - Artigo de revista**

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em: 26 jun. 2006]. 104: 14p. Disponível em: **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**

**Envio de manuscritos**

**Os trabalhos deverão ser encaminhados para:**

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP  
 Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva  
 Rua dos Coelho, 300 Boa Vista  
 Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550  
 Tel / Fax: +55 +81 2122.4141  
 E-mail: [revista@imip.org.br](mailto:revista@imip.org.br)  
 Site: [www.imip.org.br/rbsmi](http://www.imip.org.br/rbsmi)



**ANEXO D:****Normas da Revista Latino Americana de Enfermagem****Instruções para preparação e submissão dos manuscritos*****Política editorial***

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da enfermagem e de outras áreas da saúde por meio da publicação de artigos de relevância, interesse, qualidade e originalidade. A revista recebe artigos nos idiomas inglês, português ou espanhol, nas categorias Artigo Original, de Revisão e Cartas ao Editor, sendo prioritários os Originais. Sua periodicidade é bimestral e os números especiais são publicados a critério do Conselho de Editores. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares, preservado o anonimato dos autores e revisores.

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto.

Assim como o ICMJE e a Rede EQUATOR, a RLAE defende as iniciativas destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisa por meio do estímulo à utilização de guias internacionais pelos autores na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por checklists e fluxogramas disponíveis nas declarações CONSORT, PRISMA, STROBE e COREQ.

- . Ensaio clínico randomizado - CONSORT ([checklist](#) e [fluxograma](#)).
- . Revisões sistemáticas e metanálises - PRISMA ([checklist](#) e [fluxograma](#)).
- . Estudos observacionais em epidemiologia - STROBE ([checklist](#))
- . Estudos qualitativos - COREQ ([checklist](#)).

A RLAE desencoraja fortemente a submissão artigos multipartes e resultados parciais de uma mesma pesquisa, bem como a submissão de artigos cujos dados foram coletados há mais de 3 anos.

***Categorias de artigos******Artigos originais***

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

***Artigos de revisão***

Estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de



pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da saúde. Dentre os métodos utilizados estão: metanálise, revisão sistemática e revisão integrativa.

### ***Cartas ao Editor***

Incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

### ***Processo de julgamento***

Os artigos submetidos, se encaminhados de acordo com as normas de publicação, são enviados à pré-análise do Editor Científico Chefe e, posteriormente, ao Editor Associado para seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realiza uma recomendação para o Editor Científico Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

### ***Autoria***

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A quantidade de autores é limitada a seis e, excepcionalmente, para estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando as justificativas apresentadas pelos mesmos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos (consultar Preparo dos manuscritos).

Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

### ***Direitos autorais***

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada pelos autores (Download no site da revista). Para a utilização dos artigos, a RLAE adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC Atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais à RLAE. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

### ***Custos de publicação***

Os custos de publicação na RLAE são compostos pelo pagamento da taxa de submissão e dos serviços de tradução para a publicação em três idiomas.

### ***Taxa de submissão***

A taxa de submissão é solicitada no ato da submissão do artigo e não será

devolvida aos autores dos artigos recusados, seja na pré-análise ou na avaliação por pares, bem como aos autores dos artigos cujas correções foram solicitadas pela revista e não atendidas pelos autores.

Valor: R\$150,00 (**até 15/05/2015**); a partir do dia 16/05/2015 a taxa de submissão de artigos para a Revista Latino-Americana de Enfermagem será R\$200,00 por artigo.

Forma de pagamento: depósito bancário

Banco do Brasil

Favorecido: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Revista Latino-Americana de Enfermagem.

CNPJ: 63.025.530/0027-43

Agência: 1964-X. Conta Corrente: 8486-7

### **Traduções**

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação do artigo. Nesse momento, o texto original é traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele de origem da submissão. O custo das duas traduções é de responsabilidades dos autores. Para garantir a qualidade das traduções, as mesmas somente serão aceitas acompanhadas do certificado de tradução de umas das empresas credenciadas pela RLAE.

## **Preparo do artigo**

### **Estrutura**

- . Título somente no idioma do artigo
- . Resumo somente no idioma do artigo
- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Introdução
- . Método
- . Resultados
- . Discussão
- . Conclusão
- . Referências

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page.

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

### **Papel**

- . A4
- . Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5cm

### **Quantidade de páginas**

- . Artigos Originais: 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- . Artigos de Revisão: 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)

### **Formatação**

- . Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas)

- . Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas
- . Formatação não permitida no meio do texto: negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do MS Word. Para destaques utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, seções e subseções.

### **Título**

- . Conciso e informativo com até 15 palavras. Excepcionalmente poderão conter até 25 palavras.
- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
- . Negrito
- . Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa

### **Resumo**

O resumo é um item de apresentação do artigo e de fundamental importância na decisão do leitor em acessar o texto completo e o referenciar, por isso, especial atenção deve ser direcionada à sua apresentação.

O resumo deve ser a versão condensada do texto completo e suas informações devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados, jamais apresentando dados divergentes do texto.

O *Objetivo* deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. Exemplos: analisar, relacionar, comparar, conhecer.

O *Método* deve conter informações suficientes para que o leitor possa entender a pesquisa. Os estudos descritivos devem apresentar o tipo de estudo, amostra, instrumento e o tipo de análise. Os estudos analíticos também devem acrescentar o número de sujeitos em diferentes grupos, desfecho primário, tipo de intervenção e o tempo do estudo.

Os *Resultados* devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos sujeitos e análise final dos dados.

As *Conclusões* devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

Os *Ensaaios clínicos* devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.

*Itens não permitidos:* siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
- . Estruturado em Objetivos, Método, Resultados e Conclusão
- . Redigido em um único parágrafo
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas
- . Até 200 palavras

### **Descritores**

- . Descritores em português
- . Descritores em inglês

- . Descritores em espanhol
- . Selecionados da lista de [Descritores em Ciências da Saúde](#) ou [Mesh](#)
- . Mínimo de 3 e máximo de 6
- . Separados entre si por ponto e vírgula
- . Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

### **Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão**

- . Negrito
- . Caixa alta somente na primeira letra
- . Itens não permitidos: excessivas subseções, subseções com nomes extensos e em itálico, marcadores do MS Word.

### **Introdução**

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

### **Método**

Deve informar o método empregado, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

### **Resultados**

Devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

### **Discussão**

A Discussão deve enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes.

### **Conclusão**

A Conclusão deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses. Não citar referências bibliográficas.

### **Tabelas**

Título informativo, claro e completo, indicando o que se pretende representar na tabela. Conter:

- . a distribuição "do que / de quem"
- . de acordo com "o que" ela foi realizada
- . cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados

Exemplo: Tabela 1 - Distribuição das mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de mama, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade.

Fortaleza, CE, Brasil, 2010

. Localizado acima da tabela

### **Formatação**

. Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word

. Dados separados corretamente por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula

. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela

. Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas

### **Formatação não permitida**

. Quebras de linhas utilizando a tecla Enter

. Recuos utilizando a tecla Tab

. Espaços para separar os dados

. Caixa alta

. Sublinhado

. Marcadores do MS Word

. Cores nas células

### **Cabeçalho**

. Negrito

. Sem células vazias

### **Tamanho**

. Evitar tabelas com mais de uma página

. Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

### **Quantidade**

. Até 5 itens entre tabelas e figuras

### **Menção no texto**

. Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

### **Inserção no texto**

. Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

### **Notas de rodapé**

. Restritas ao mínimo necessário

. Indicadas pelos símbolos sequenciais \*,†,‡,§,||,¶,\*\*,††,‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

### **Siglas**

. Restritas ao mínimo necessário.

. Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais \*,†,‡,§,||,¶,\*\*,††,‡‡.

### **Valores monetários**

Podem ser apresentados em dólares ou em salários mínimos da época e do país da pesquisa. Se apresentados em dólares deve-se informar a cotação e a data da cotação em nota de rodapé da tabela, se apresentados em salários mínimos deve-se informar o valor do salário mínimo, a data e o país também em nota de rodapé.

### **Figuras**

São figuras:

Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

**Título**

- . Localizado abaixo da figura

**Quadros**

- . São semelhantes às tabelas, porém contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas.
- . Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura.

**Gráficos**

- . Não devem repetir os dados representados nas tabelas.
- . Plenamente legíveis e nítidos.
- . Tamanho máximo de 16x10cm.
- . Em tons de cinza e não em cores.
- . Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

**Desenhos, esquemas, fluxogramas**

- . Construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas.
- . Lógicos e de fácil compreensão.
- . Plenamente legíveis e nítidos.
- . Em tons de cinza e não em cores.
- . Tamanho máximo de 16x10cm.
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura.

**Fotos**

- . Em alta resolução (mínimo de 900 dpi).
- . Plenamente legíveis e nítidas.
- . Tamanho máximo de 16x10cm.
- . Em preto e branco e não em cores.
- . Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas.

**Quantidade**

- . Até 5 itens entre tabelas e figuras.

**Menção no texto**

- . Obrigatória. Ex: conforme a Figura 1.

**Inserção no texto**

- . Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados.

**Siglas**

- . Restritas ao mínimo necessário.
- . Descritas por extenso em nota de rodapé da figura utilizando os símbolos sequenciais \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡.

**Formato e resolução para publicação**

Poderá ser solicitado pela revista o reenvio da figura em alta resolução (mínimo de 900 dpi) e em formato de arquivo TIFF (sugere-se a

intervenção de um profissional de artes gráficas).

### **Citações no texto**

#### **Formatação**

- . Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex.: (12).
- . Ordenadas consecutivamente, sem pular referência.

#### **Citações de referências sequenciais**

- . Separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (1-2), (4-5), (5-9)

#### **Citações de referências intercaladas**

- . Separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (8,14), (10,12,15)

#### **Local de inserção**

- . Quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma.

#### **Citações "ipsis literes"**

- . Entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto.

#### **Itens não permitidos**

- . Espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede.
- . Indicação da página consultada.
- . Nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico.
- . Citações nas Conclusões.

#### **Siglas**

- . No texto: descritas por extenso na primeira vez em que aparecem.
- . Nas tabelas e nas figuras: o mínimo necessário, descritas por extenso em nota de rodapé utilizando os símbolos sequenciais \*,†,‡,§,||,¶,\*\*,††,‡‡.
- . Não são permitidas no título do artigo e no resumo.

#### **Falas de sujeitos**

- . Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na seqüência do texto.
- . Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico.

#### **Notas de Rodapé**

- . No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário.
- . Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais \*,†,‡,§,||,¶,\*\*,††,‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares.
- . Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem.

#### **Referências**

- . Estilo Vancouver.
- . Artigos Originais: até 25 referências.
- . Artigos de Revisão: sem limite máximo.
- . Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.
- . Referências da RLAE citadas em inglês.

## **Modelo de referências**

### **PERIÓDICOS**

#### **1 - Artigo padrão**

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008;14(5):234-8.

#### **2 - Artigo com mais de seis autores**

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

#### **3 - Artigo cujo autor é uma organização**

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

#### **4 - Artigo com múltiplas organizações como autor**

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologiai.* 2008;48(10):74-96. Russian.

#### **5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional**

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia.* 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

#### **6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar**

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

Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

#### **7- Artigo com indicação de subtítulo**

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? *J Endourol.* 2008;22(9):2175-9.

#### **8 - Artigo sem indicação de autoria**

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000;75(6):28-32.

#### **9 - Artigo em idioma diferente do português**

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):133-41. Espanhol.

#### **10 - Artigo publicado em múltiplos idiomas**

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. *Rev Latino-am Enfermagem set/out* 2008;16(5):818-23. Inglês,



Português, Espanhol.

**11 - Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)**

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):504-8.

**12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento**

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive spectrum. J Neurol. 2008;255 Suppl 5:48-56.

Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6 Suppl 1:S3-58.

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. Oncol Nurs Forum. 2008;35 Suppl:7-12.

**13 - Parte de um volume**

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. J Exp Biol. 2008;211 Pt 23:3764.

**14 - Parte de um número**

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994;107(986 Pt 1):377-8.

**15 - Artigo num fascículo sem volume**

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.

**16 - Artigo num periódico sem fascículo e sem volume**

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. Rev Paul Enfermagem 1981;6-10.

**17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos**

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. Nurs Clin North Am. 2008;43(3):xiii-xvi.

**18 - Artigo contendo retratação**

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. Br J Nurs. 2007;16(15):915.

**19 - Artigos com erratas publicadas**

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(1):163.

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

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

**21 - Artigo provido de DOI**

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em

equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

**22 - Artigo no prelo**

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.

**23 - Artigo em idioma diferente do inglês**

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008;31(11):54-7. Spanish.