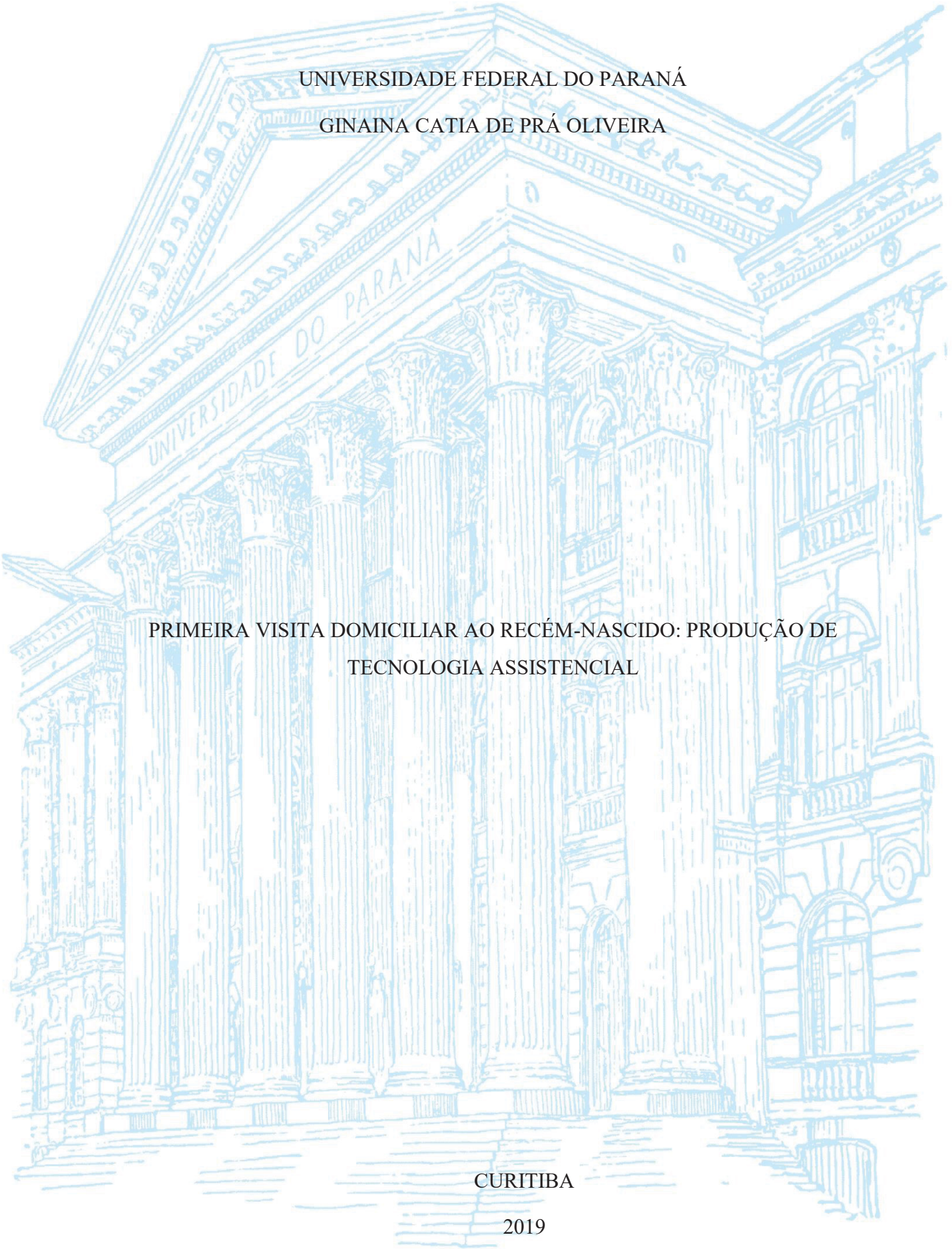




UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GINAINA CATIA DE PRÁ OLIVEIRA

PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO: PRODUÇÃO DE
TECNOLOGIA ASSISTENCIAL

CURITIBA

2019

GINAINA CATIA DE PRÁ OLIVEIRA

PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO: PRODUÇÃO DE
TECNOLOGIA ASSISTENCIAL

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Helena de Souza Freire
Coorientadora: Profa. Dra. Daiana Kloh Khalaf

CURITIBA

2019

Oliveira, Ginaina Catia de Prá

Primeira visita domiciliar ao recém-nascido [recurso eletrônico]: produção de tecnologia assistencial / Ginaina Catia de Prá Oliveira – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Márcia Helena de Souza Freire

Coorientadora: Professora Dra. Daiana Kloh Khalaf

1. Recém-nascido. 2. Visita domiciliar. 3. Prevenção primária. 4. Tecnologia.
I. Freire, Márcia Helena de Souza. II. Khalaf, Daiana Kloh. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.9201



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **GINAINA CATIA DE PRÁ OLIVEIRA** intitulada: **PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO: PRODUÇÃO DE TECNOLOGIA ASSISTENCIAL**, sob orientação da Profa. Dra. MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE, que após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 27 de Setembro de 2019.

MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

ELISANGELA ARGENTA ZANATTA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA)

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela saúde, oportunidade e privilégio de cursar uma pós-graduação *Stricto Sensu* que apesar de todas as dificuldades me proporcionou muito crescimento.

Aos professores do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional da UFPR, pela nobreza, dedicação e paciência em seus saberes com os acadêmicos, de modo especial, minha orientadora, Professora Dra. Márcia Helena de Souza Freire e minha coorientadora Professora Dra Daiana Kloh Khalaf.

Meu amado esposo Rafael Orlando Gomes de Oliveira, pelo imensurável apoio ao meu desenvolvimento intelectual, se doando para cuidar de nosso filho e suprir as demandas em minhas ausências nas viagens à Curitiba.

Ao meu filho Enzo Rafael de Prá Oliveira, que tão esperado, resolver vir ao mundo em meio as correrias da mamãe para cursar o mestrado, e que ainda na barriga, acompanhou-me semanalmente viagens com mais de 700 km, e posteriormente, em alguns momentos teve de sofrer minha ausência devido às agendas acadêmicas.

Aos meus pais Idacir de Prá e Marilene de Camargo de Prá que são minha base, a gratidão por todas as conquistas.

Aos meus irmãos Cleiton N. de Prá e Cristiano L. de Prá e minha cunhada Débora por todo apoio e incentivo.

Aos meus amigos e colegas de turma que auxiliaram durante minha licença, e aqui nomeio especialmente: Rosane, Janaína, Jéssica, Fran, Lindalva e Sabrina, que demonstraram solidariedade ímpar e se dispuseram a utilizar seus equipamentos pessoais para me conectar às aulas, a aluna da graduação Jenifer Carolina Roda que contribuiu com a Revisão Integrativa e, a todas as pessoas que, de alguma maneira e/ou várias outras, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Minha eterna gratidão, Deus os abençoe!

RESUMO

Introdução: A Visita Domiciliar na primeira semana após o nascimento é uma estratégia eficaz para fortalecer a realização de cuidados com o Recém-Nascido, promover a saúde, prevenir agravos e consequentemente reduzir a morbimortalidade. A intervenção é complexa e envolve a participação de diferentes profissionais em vários intervalos, mas há evidências globais dos seus benefícios à saúde materna e neonatal, sobretudo, nos países em desenvolvimento. No Município de Pitanga-PR, cenário da pesquisa, a visita está preconizada para realização até o quinto dia de vida, e na grande maioria é realizada pelo profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS), o que instigou a preocupação da pesquisadora com relação à qualificação dos profissionais para abordagem, diante disto, esta pesquisa foi desenvolvida mediante a seguinte pergunta norteadora: *Como qualificar a atenção continuada após a alta hospitalar do neonato e sua mãe, bem como, atender às recomendações da política pública de saúde da criança, no Município de Pitanga, Estado do Paraná?* **Objetivo Geral:** Elaborar uma Tecnologia Assistencial para nortear a realização da primeira visita domiciliar ao recém-nascido e sua família. **Método:** Trata-se de uma pesquisa metodológica, com abordagem mista, norteadora pela Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez, composta por cinco etapas: 1 - Observação da realidade e definição de um problema; 2 - Pontos-chave; 3 – Teorização; 4 - Hipóteses de solução; 5 - Aplicação à realidade. Participaram da pesquisa 11 enfermeiros, 2 médicos e 81 Agentes Comunitários de Saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde, em Pitanga-PR. Após definição, mediante Oficinas, do conteúdo da tecnologia, foi realizada sua validação pelo Índice de Validação de Conteúdo, com concomitante emprego da escala tipo Likert, para emissão de juízo dos avaliadores. **Resultados:** A partir da teorização foi possível identificar o estado da arte da Visita Domiciliar ao Recém-Nascido e, demonstradas as potencialidades da mesma para redução na morbimortalidade infantil. Na fase de observação da realidade e levantamento de pontos chave, foi possível traçar um perfil dos conhecimentos e dificuldades dos profissionais ACS sobre a realização da primeira visita domiciliar ao recém-nascido para marcar o grau de dificuldade. A **Tecnologia Assistencial** intitulada **Primeira visita domiciliar ao Recém-Nascido e família**, propriamente dita, foi desenvolvida na fase de levantamento de hipótese a partir de oficinas com os profissionais e, posteriormente validada por juízes. Da fase de Aplicação à realidade, a Tecnologia foi apresentada, apreciada e aprovada pela Secretária de Saúde do município, para o Conselho Municipal de Saúde e, implementada oficialmente por meio de publicação de Portaria municipal e, os Agentes Comunitários de Saúde foram capacitados para sua aplicação nas visitas, além de receberem cópias dos formulários como o produto final deste estudo. A tecnologia está registrada no Município de Pitanga por meio da Resolução nº 04/2019. **Conclusões:** O produto final deste estudo, na modalidade de Tecnologia Assistencial, apresenta-se como uma ferramenta que possibilitará a promoção da saúde e, a prevenção dos agravos por meio da detecção precoce e ações agilizadas como a educação em saúde, para a realização dos cuidados e vigilância aos sinais de alerta, com orientação para encaminhamentos de recém-nascidos em situação de risco.

Descritores: Recém-Nascido; Visita Domiciliar; Prevenção Primária; Tecnologia.

ABSTRACT

Introduction: Home Visiting in the first week after birth is an effective strategy to strengthen newborn care, promote health, prevent illness and consequently reduce morbidity and mortality. The intervention is complex and involves the participation of different professionals at various intervals, but there is global evidence of its benefits to maternal and neonatal health, especially in developing countries. In the municipality of Pitanga-PR, research scenario, the visit is recommended to be carried out until the fifth day of life, and most of them are carried out by the Community Health Agent (ACS), which prompted the researcher's concern regarding the qualification of professionals to approach, this research was developed through the following guiding question: How to qualify the continued attention after the discharge of the newborn and his mother, as well as meet the recommendations of public health policy of children in the municipality of Pitanga, State of Paraná? **Main Objective:** To develop a Care Technology to guide first Home Visit to the newborn and his family. **Methods:** This is a methodological research, with a mixed approach, guided by the Methodology of Problematization with the Maguerez Arc, composed of five steps: 1 - Observation of reality and definition of a problem; 2 - Key points; 3 - Theorization; 4 - Hypotheses of solution; 5 - Application to reality. Nurses, doctors and Community Health Agents working in Primary Health Care in Pitanga-PR participated in the research. After defining, through workshops, the content of the technology, its validation was performed by the Content Validation Index, with concomitant use of the Likert scale, for the judgment of the evaluators. **Results:** A partir da teorização foi possível identificar o estado da arte da Visita Domiciliar ao Recém-Nascido e, demonstradas as potencialidades da mesma para redução na morbimortalidade infantil. Na fase de observação da realidade e levantamento de pontos chave, foi possível traçar um perfil dos conhecimentos e dificuldades dos profissionais ACS sobre a realização da primeira visita domiciliar ao recém-nascido para marcar o grau de dificuldade. A Tecnologia Assistencial, propriamente dita, foi desenvolvida na fase de levantamento de hipótese a partir de oficinas com os profissionais e, posteriormente validada por juízes. Da fase de Aplicação à realidade, a Tecnologia foi apresentada, apreciada e aprovada pela Secretária de Saúde do município, para o Conselho Municipal de Saúde e, implementada oficialmente por meio de publicação de Portaria municipal e, os Agentes Comunitários de Saúde foram capacitados para sua aplicação nas visitas, além de receberem cópias dos formulários como o produto final deste estudo. A tecnologia está registrada no Município de Pitanga por meio da Resolução nº 04/2019. **Conclusion:** The final product of this study, in the Assistance Technology modality, is presented as a tool that will enable health promotion and disease prevention through early detection and expedited actions such as health education, for the realization of care and health. vigilance to warning signs, with guidance for referrals of at-risk newborns.

Keywords: Newborn; Home visit; Primary prevention; Technology.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1-	ARCO DE MAGUEREZ.....	59
FIGURA 2-	LOCALIZAÇÃO DE PITANGA NO MAPA DO PARANÁ.....	61
FIGURA 3-	AVALIAÇÃO.....	77
FIGURA 4-	FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS QUE COMPUSERAM A REVISÃO INTEGRATIVA.....	73
FIGURA 5-	BLOCOS APLICADOS À TECNOLOGIA SEGUNDO AS SUAS BASES LEGAIS, TEÓRICAS, PROGRAMÁTICAS E O CONTEÚDO VEICULADO, PITANGA – PR, 2019	108

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1-	PERÍODO EM QUE REALIZA A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO.....	95
GRÁFICO 2-	UTILIZA RECURSO PARA AUXILIAR NA REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR.....	98
GRÁFICO 3-	COMO SOUBE DO NASCIMENTO.....	100
GRÁFICO 4-	REALIZA A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO.....	100
GRÁFICO 5-	PERÍODO EM QUE REALIZA A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO.....	100
GRÁFICO 6-	UTILIZA ALGUM RECURSO PARA NORTEAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR.....	103

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1-	EIXOS ESTRATÉGICOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA.....	36
QUADRO 2-	IMPACTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA MORTALIDADE INFANTIL (1993 À 2015).....	40
QUADRO 3-	ORGANIZAÇÃO DAS OFICINAS PARA APREENSÃO DOS DADOS.....	67
QUADRO 4-	CATEGORIAS DE ANÁLISES SEGUNDO SEUS CONCEITOS ASPECTOS DEFINIDORES.....	82
QUADRO 5-	PARTICIPANTES DAS OFICINAS, PITANGA-PR, 2019.....	104

LISTA DE TABELAS

TABELA 1-	DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO OS SEUS RESPECTIVOS PERIÓDICOS, QUANTITATIVO DE PUBLICAÇÕES, PAÍS DE ORIGEM E ÁREA PROFISSIONAL DO PERIÓDICO.....	78
TABELA 2-	DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO OS SEUS RESPECTIVOS PERIÓDICOS, QUANTITATIVO DE PUBLICAÇÕES, PAÍS DE ORIGEM E ÁREA PROFISSIONAL DO PERIÓDICO	80
TABELA 3-	COMO SOUBE DO NASCIMENTO.....	94
TABELA 4-	SE VOCÊ AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NÃO REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO ALGUM OUTRO PROFISSIONAL FARÁ?.....	95
TABELA 5-	DIFICULDADES PARA REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR.....	95
TABELA 6-	VANTAGENS EM REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA O PROFISSIONAL.....	96
TABELA 7-	VANTAGENS EM REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA O PUÉRPERA.....	97
TABELA 8-	VANTAGENS EM REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA O RECÉM-NASCIDO.....	97
TABELA 9-	VANTAGENS EM REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA A FAMÍLIA.....	97
TABELA 10-	RECURSOS QUE UTILIZA PARA REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR.....	94
TABELA 11-	PORQUÊ UTILIZA O RECURSO CITADO.....	99
TABELA 12-	SE VOCÊ NÃO REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR ALGUM PROFISSIONAL O FARÁ?.....	101
TABELA 13-	DIFIDULDADES PARA REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR.....	101

TABELA 14-	VANTAGENS DE REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA O PROFISSIONAL.....	101
TABELA 15-	VANTAGENS DE REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA A PUÉRPERA.....	101
TABELA 16-	VANTAGENS DE REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA O RECÉM-NASCIDO.....	102
TABELA 17-	VANTAGENS DE REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA A FAMÍLIA.....	102
TABELA 18-	QUAL RECURSO UTILIZA PARA REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR.....	103

LISTA DE SIGLAS

ACSIC	-	Agenda de compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	-	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	-	Atenção Primária à Saúde
APSUS	-	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
BCG	-	Bacillus Calmette-Guérin
CAP	-	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CF	-	Constituição Federal
CLT	-	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
DC	-	Doença Congênita
DN	-	Declaração de Nascido
DNV	-	Declaração de Nascido Vivo
DPI	-	Desenvolvimento na Primeira Infância
EBBS	-	Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
ECA	-	Estatuto da Criança e Adolescente
ENPACS	-	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
EPS	-	Educação Permanente em Saúde
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
EUA	-	Estados Unidos da América
FAG	-	Faculdade Assis Gurgacz
FIOCRUZ	-	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	-	Fundação Nacional de Saúde
HIV	-	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> - Vírus da Imunodeficiência Humana
IAP	-	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPARDES	-	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

MC	-	Método Canguru
MI	-	Mortalidade Infantil
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOD	-	Nota de Observação Descritiva
NOR	-	Nota de Observação Reflexiva
OMD	-	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	-	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	-	Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança
PC	-	Perímetro cefálico
PNAISC	-	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNI	-	Programa Nacional de Imunizações
PNIAM	-	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PR	-	Paraná
PSF	-	Programa Saúde da Família
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
RC	-	Rede Cegonha
RN	-	Recém-Nascido
SEADE	-	Fundação Sistema Estadual de Análise de dados
SENAC	-	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SESA/PR	-	Secretaria da Saúde do Estado do Paraná
SIM	-	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	-	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	-	Taxa de Mortalidade Infantil
UAP	-	Unidade de Atenção Primária
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UEM	-	Universidade Estadual de Maringá

UNICENTRO - Universidade Estadual do Centro-Oeste

UNICEF - *United Nations Children's Fund* - Fundo das Nações Unidas para a Infância

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO PESSOAL	18
1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS	24
3 REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE PARA INFÂNCIA NO BRASIL	25
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA A PARTIR DA DÉCADA DE 1990	29
3.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E MORTALIDADE INFANTIL	36
3.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	43
3.4.1 Cuidados com Recém-Nascido	45
3.4.2 Visita Domiciliar ao Recém-Nascido	50
3.5 TECNOLOGIAS EM SAÚDE	55
4 CAMINHO METODOLÓGICO	58
4.1 DESENHO DO ESTUDO	58
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	61
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA NA CONSTRUÇÃO DA TECNOLOGIA	62
4.4 ESTRATÉGIAS PARA COLETA, REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	64
4.4.1 Fase 1: Observação da realidade e elaboração da situação problema	64
4.4.3 Fase 3: Teorização	64
4.4.4 Fase 4: Elaboração de Hipóteses de Solução	65
4.4.5 Fase 5: Aplicação à realidade	68
4.5 ANÁLISES DOS DADOS DO PRODUTO	70
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	71
5 RESULTADOS	73
5.1 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	73
5.2 RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	94
5.3 RESULTADOS OBTIDOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR	99
5.3.1 Questionários sobre a Visita Domiciliar	99
5.3.2 Oficinas	103

5.4 ANÁLISE E VALIDAÇÃO POR PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS NA APS E ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL	110
5.5 TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA	110
5.6 CAPACITAÇÃO PARA O USO DA TECNOLOGIA ASSISTENCIAL.....	113
5.7 APROVAÇÃO PELAS INSTANCIAS GESTORAS E CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	113
5.8 OS PROCEDIMENTOS PARA REGISTRO DA TECNOLOGIA.....	114
6 DISCUSSÃO	115
6.1 ASPECTOS RELEVANTES DA APLICAÇÃO DOS FORMULÁRIOS	115
6.2 TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA NORTEAR A REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO	119
6.2.1 Identificação	119
6.2.2 Antecedentes Obstétricos	120
6.2.3 Parto/Mãe/Puerpério.....	120
6.2.4 Amamentação.....	121
6.2.5 Recém-nascido	124
6.2.6 Condição atual da criança	125
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	127
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO	144
APÊNDICE 2 – PLANEJAMENTO DAS OFICINAS	146
.....APÊNDICE 3 – MODELO DO DIÁRIO DE CAMPO	148
APÊNDICE 4: INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA	149
ANEXO 1 PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP	150
ANEXO 2 APROVAÇÃO TECNOLOGIA ASSISTENCIAL.....	151

APRESENTAÇÃO PESSOAL

Sou enfermeira formada há nove anos pela Faculdade Assis Gurgacz- FAG. Cursei minha primeira especialização em saúde da mulher no âmbito da saúde coletiva, posteriormente em virtude da minha atuação como instrutora em curso técnico de enfermagem, realizei especialização em gestão escolar pelo serviço nacional de aprendizagem comercial (SENAC) e em docência pela Universidade Estadual do Centro-Oeste- UNICENTRO. Também cursei Pós-Graduação em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual de Maringá- UEM.

Iniciei minha atuação em 2010, e, permaneci por cinco anos em uma Equipe de Saúde da Família- (ESF) no bairro Maristela em Pitanga-PR. A equipe fica localizada na periferia da cidade e atende a um conjunto de bairros com situações importantes de vulnerabilidade social, pobreza, uso de drogas, casos de violência, gravidez na adolescência dentre outros agravantes. Possuía na época uma população de aproximadamente 6.000 habitantes, praticamente o dobro da recomendação do Ministério da Saúde (MS). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB 2017 é de 2.000 a 3.500 pessoas por Unidade de Saúde (BRASIL, 2017). Atualmente o número de habitantes cobertos pela unidade é menor, tendo em vista processo de territorialização realizado em 2017.

Desde o início da minha trajetória na ESF constatei que o Enfermeiro padece em razão uma excessiva carga de trabalho. A diversidade das demandas ocasionadas pela própria característica da população ou pelo número elevado de pessoas atendidas, somado ao fato de que na realidade local do Município, o Enfermeiro cumula suas funções típicas com a atribuição de coordenação e gestão da unidade, acabava por contribuir para que por diversas vezes, eu não conseguisse realizar atividades que hoje percebo serem prioritárias, tal como a Visita Domiciliar (VD) aos Recém-Nascidos (RN) em tempo oportuno, conforme a preconização nacional da rede cegonha e, no Estado do Paraná, pela rede mãe paranaense, que é até o quinto dia de vida (BRASIL, 2015; PARANÁ, 2018).

Em 2015, fui convidada para assumir a Coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) e tive a oportunidade de interagir mais com outras categorias profissionais do serviço público, ocasião em que ampliei minha visão do cenário da saúde no Município, constatando a dificuldade que os profissionais de Pitanga ainda encontravam na transição do modelo de assistência curativa para o de desenvolvimento da vigilância proativa, com foco na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

É fato que o Município de Pitanga vem conquistando desenvolvimento constante e buscando atender as diretrizes das Políticas e Programas orientados pelo Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA/PR). Nos últimos anos percebi grande evolução e o fortalecimento da atenção à saúde da gestante a partir da implementação da estratificação de risco e do acompanhamento com base na linha guia da rede mãe paranaense.

Contudo, o foco das orientações e capacitações oferecidas para os profissionais, invariavelmente, acabavam sendo voltadas à atenção à gestante e, infelizmente muito pouco se tratava sobre o neonato, não se, abordou ou discutiu-se sobre a visita puerperal à família.

Ressalto, que o Município de Pitanga possui grande extensão territorial e conta com a existência de comunidades localizadas a mais de 40 quilômetros de distância da zona urbana. Nesses casos, o acesso é dificultado pelas características geográficas e pela ausência de recapeamento asfáltico nas estradas. Algumas dessas comunidades não são vinculadas a ESF e por isso são referenciadas à Unidade Básica de Saúde- UBS central, o “postão de saúde”, dificultando o acesso das famílias a um atendimento da equipe multiprofissional. Neste cenário, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é quem recebe a atribuição de realizar a primeira VD ao RN e sua família.

O período na coordenação me proporcionou também a vivência de participar de uma reunião do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal realizada no ano de 2016, que demarcou a situação de problema desta pesquisa, a partir da discussão de um óbito infantil evitável¹ que demonstrava situações preditoras às complicações, desde a gestação, e não recebeu todos os cuidados de atenção à saúde que poderiam ter sido implementados, de modo a evitar o ocorrido.

No levantamento do histórico os membros do comitê constataram que a criança residia em área rural de difícil acesso, sem cobertura de ESF, e o ACS realizava a visita domiciliar (VD) mensalmente, sendo ele o único profissional da equipe de saúde que fez contato com a família, entretanto, as situações de risco não foram detectadas e não foram retratadas para a equipe de referência para acompanhamento multiprofissional em tempo oportuno.

Neste sentido eu me preocupava e me indagava o que poderia ser feito nesses casos?

E, por fim, com a oportunidade de cursar o Mestrado Profissional na UFPR, pude desenvolver o que eu acredito ser a solução do problema de pesquisa: um instrumento para a padronização da primeira visita domiciliar aos recém-nascidos e suas famílias, através da

¹Mortes/Óbitos Evitáveis: são aquelas mortes que poderiam ter sido evitadas pela presença de serviços de saúde efetivos (RUSTEIN et al., 1980).

construção de uma tecnologia assistencial, no molde de formulário que contempla seis blocos: Identificação da mãe; Antecedentes obstétricos; Parto/Mãe/Puepério; Amamentação; Recém-Nascido; Condição atual da criança; será utilizado por qualquer profissional de saúde que realizar a primeira VD ao RN, principalmente o ACS e visa a garantia de uma atenção mínima aos fatores mais significativos e seus agravos, promoção da saúde e prevenção de agravos, sobretudo a morte infantil.

1 INTRODUÇÃO

As ações, programas e políticas sociais e de Saúde², podem ser entendidos como um *constructo* social, originados a partir de fortes movimentos de valorização e defesa da vida e saúde, das mulheres e crianças (BRASIL, 2018). No final da década de 1990 os direitos das crianças se sobressaem no Brasil, em consequência de pleitos dos movimentos internacionais de direitos humanos, foram fortemente marcados tanto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) como Estatuto da Criança, de 1990 (BRASIL, 1990).

Mais recentemente, despontaram neste cenário os programas e políticas específicos aos RN, dentre eles a preocupação com a continuidade do cuidado prestado ao trabalho de parto e nascimento, em âmbito hospitalar, com ênfase no cuidado em domicílio e na comunidade (LEANDRO, CHRISTOFFEL, 2011). Entretanto, Pinheiro et al. (2016) apresentam que apesar da ampliação e fortalecimento das políticas para o período neonatal, ainda existem muitas deficiências, principalmente no que tange à continuidade dos cuidados.

Em 2004 estimativas apontaram que cerca de 3,7 milhões de bebês morreram em casa, nas primeiras quatro semanas de vida, sobre tudo nos países em desenvolvimento, e até dois terços dos óbitos poderiam ser evitados por meio de intervenções conhecidas e eficazes tal como a VD para levar orientações às mães (WHO, 2004).

Dentre o contingente de mortes infantis em 2004, 37% o foram de crianças menores de 28 dias de vida. As causas destes óbitos neonatais assumiram as seguintes proporções, segundo a WHO: 31% prematuridade e baixo peso ao nascer; 25% infecções neonatais; 23% asfixia e trauma ao nascer; 7% anormalidades congênitas; 3% tétano neonatal; 3% doenças diarreicas; 9% outras (WHO, 2004).

Essas estatísticas levaram a uma declaração conjunta entre a Organização das Nações Unidas (ONU) e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) em 2009, recomendando a realização da VD ao RN por agente qualificado na primeira semana de vida. Para avaliação e aconselhamento relacionados aos sinais de perigo, pois as famílias têm dificuldades em reconhecer sinais de doença neonatal grave, e em procurar atendimento adequado, particularmente na primeira semana de vida, e tais intervenções poderiam prevenir de 30% a 60% das mortes em ambientes de elevada taxa de mortalidade (WHO, 2009).

² Destaca-se que toda Política de Saúde possui como foco a tomada de decisão por parte do Estado (entende-se como Estado um grupo que detém o poder naquela conjuntura histórica que está sendo estudada, e constituindo os governos), diante de inúmeras possibilidades, cada uma com suas perdas e ganhos para distintos grupos sociais, tendo-se, contudo por referência que ao Estado cabe, sempre, nortear suas decisões para o bem comum da sociedade (COHN, 2012).

Apesar de não existir ainda nenhuma recomendação baseada em evidência estabelecendo o momento ideal, intervalo e número de contatos por meio da VD, as estatísticas de mortes indicam que os primeiros dias de vida são os mais críticos. Quanto a ocorrência de óbitos 25 a 45% ocorre nas primeiras 24 horas e acima de 50% nas primeiras 48 horas, e muitos podem ser evitados através de cuidados apropriados ao RN (WHO, 2009).

Sob esta ótica, há janelas de oportunidades³ ou períodos sensíveis, que ocasionam a preservação da vida, bem como, pleno e harmonioso crescimento e desenvolvimento, almejando crianças e infância saudáveis, culminando com uma sociedade saudável (BRASIL, 2018). Fato que destaca a importância da intervenção no tempo oportuno, neste sentido, é um grande desafio para o Brasil à implementação de estratégias de saúde pública para redução da mortalidade infantil, com atenção ao período neonatal e de modo especial o período neonatal precoce⁴, pois ele representa 60% a 70% das mortes infantis (BRASIL, 2018).

Sob esta perspectiva, o Brasil lançou em 2011 a Rede Cegonha como estratégia do Governo Federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida, entre outros objetivos para reduzir mortalidade materno-infantil (BRASIL, 2011).

No Estado do Paraná a Rede Mãe Paranaense, implantada em 2012, que preconiza a notificação de nascimento pelo serviço hospitalar a Unidade de Atenção Básica (UBS) ou a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser informada das condições de saúde da mãe e do bebê, para que a equipe de saúde programe a VD por um dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS)⁵ até o quinto dia após o parto (PARANÁ, 2018)

Neste ínterim, internacionalmente, a APS tem se apresentado como uma estratégia de organização da atenção à saúde, o que permite ganhos em relação a qualidade de vida através de práticas que melhoram indicadores de saúde, reduzindo custos, promovendo a saúde e prevenindo agravos que possam necessitar de atenção na alta complexidade (PEREIRA, 2014).

Conforme os dados disponíveis no DATASUS quanto às mortalidades infantis no ano de 2016, o Brasil apresentou 19.025 óbitos no período neonatal precoce, sendo 1.987 na região sul, e no Estado do Paraná 831 óbitos, sendo que no Município de Pitanga ocorreram quatro

³Janelas de Oportunidades são conceituadas como períodos em que a crianças precisa receber cuidados e estímulos apropriados às necessidades e o momento da vida (BENEVIDES, 2002).

⁴Período que vai do nascimento até o sétimo dia de vida (PARANÁ, 2018);

⁵No Brasil, a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Governo Federal, contudo, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de “Atenção Primária à Saúde” (MELO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009). A última Política Nacional de Atenção Básica, revisada em 2017, apresenta os dois termos como sinônimos (BRASIL, 2017). Neste estudo optamos pela utilização de “Atenção Primária à Saúde” por ser o termo mais referenciado nos documentos oficiais.

óbitos. No período neonatal tardio⁶ o Brasil apresentou 6.105, a Região Sul 755, o Paraná 309 e Pitanga não teve nenhum óbito nesta faixa etária. Quanto à mortalidade pós-neonatal de 28 dias de vida até um ano, o Brasil apresentou 11.214, a Região Sul 1.160, o Paraná 489 e Pitanga um óbito (BRASIL, 2018). Como visto, em todos os entes federados no ano de 2016 a maior ocorrência de mortalidade deu-se no período neonatal precoce.

No ano de 2017 o Município de Pitanga teve a ocorrência de quatro óbitos infantis, sendo um neonatal precoce, dois neonatais tardios e um pós-neonatal. No ano de 2018 ocorreram cinco óbitos infantis, sendo três neonatais precoces, um neonatal tardio e um pós-neonatal (PITANGA, 2018).

A primeira abordagem através de VD na primeira semana de vida, preferencialmente até o quinto dia de vida, é preconizada tanto pelas diretrizes governamentais no âmbito federal, quanto no nível estadual, pelo reconhecimento dos riscos neste período, bem como pelo propósito de promover a saúde e prevenir agravos futuros (BRASIL, 2011; PARANÁ, 2012), sendo imprescindível para a prestação dos cuidados ao bebê de modo seguro no domicílio (SANTOS et al., 2014).

Nesta perspectiva, a presente pesquisa apresenta como questão norteadora: *Como qualificar a primeira visita domiciliar ao recém-nascido e sua família no município de Pitanga, Estado do Paraná?*

Apesar da existência de estudos nesta temática, bem como, de instrumentos em algumas regiões do país, considera-se as particularidades do contexto para a aplicabilidade da tecnologia à realidade local, correspondendo assim as necessidades e de acordo com as possibilidades do serviço de saúde.

Admite-se que a tecnologia pode ser caracterizada como um recurso para a resolução de problemas de cunho científico, matemático ou técnico como uma proposição ou explicação de um modo de fazer (NIETSCHE et al. 2017). Neste estudo, a tecnologia é um instrumento para a primeira VD ao RN e sua família no período neonatal precoce.

O Município de Pitanga conta com 86 ACSs, quadro superior a todos os outros profissionais de saúde, o que leva a expectativa de que realizando a VD amparados por um instrumento embasado cientificamente, que considere as recomendações do MS e que respeite suas atribuições legais, poderão realizar uma VD com qualidade, dentro do período preconizado e identificar situações significativas orientando as famílias e notificando simultaneamente outros profissionais sempre que necessário.

⁶Período neonatal tardio: de 7 até 27 dias de vida (BRASIL, 2018);

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pitanga tem interesse neste estudo, pois o mesmo pode contribuir com a qualidade da assistência prestada aos munícipes, padronizando o cuidado na VD aos neonatos na APS.

Pretende-se com este estudo melhorar a qualidade da atenção à saúde ao RN e a família, mediada por VD e apoiada por uma tecnologia assistencial. Assim, como consequência poder-se-á prevenir agravos, óbitos e, sobretudo promover a saúde e desenvolvimento sadio do RN. Logo, a primeira VD do ACS poderá impactar na melhoria do perfil das condições de saúde no Município de Pitanga, Estado do Paraná.

Apesar dos reconhecidos avanços ao que tange o tema políticas públicas de saúde no Brasil, há um caminho longo e árduo na busca de medidas para aumentar a qualidade da atenção, de modo especial para a redução das mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS et al., 2014).

Neste sentido, acredita-se que a construção de um instrumento para a padronização da execução das práticas realizadas na primeira VD ao RN será de grande valia aos profissionais que a realizam, ao RN e as famílias, no sentido de nortear a avaliação e as orientações, atendendo às propostas do MS e diminuindo riscos e complicações (SOUZA, et al. 2018). Podendo também fornecedor posteriormente, dados quanto a efetividade das orientações fornecidas as mães tanto no pré-natal quanto no alojamento conjunto, e ser um meio de promover vínculo desta família com a equipe de APS.

Tais evidências reforçam a relevância da pesquisa, pois a visita na primeira semana de vida possibilita a abordagem no momento de maior risco para a mortalidade infantil, de modo que a tecnologia assistencial pode fortalecer a APS, promover a saúde prevenir agravos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma tecnologia assistencial para apoiar a realização da primeira Visita Domiciliar ao recém-nascido e família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as dificuldades e facilidades dos enfermeiros e dos Agentes Comunitários de Saúde quanto à realização da primeira Visita Domiciliar ao recém-nascido, no município de Pitanga, Paraná;
- b) Construir com profissionais de saúde uma tecnologia assistencial aplicável à visita domiciliar do recém-nascido e família;
- c) Validar a tecnologia assistencial aplicável à visita domiciliar do recém-nascido e família;
- d) Capacitar os Agentes Comunitários em Saúde para aplicação da tecnologia assistencial.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste Capítulo discorrem-se sobre os principais alicerces históricos, científicos e teóricos desta dissertação.

3.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE PARA INFÂNCIA NO BRASIL

Da instalação da colônia em 1500 até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir de então, iniciaram-se uma série de transformações, diversos órgãos de prevenção e controle de doenças foram criados e extintos (BRASIL, 2017).

Ao longo da história encontram-se inicialmente escassos os relatos a respeito da Saúde Pública. Em 1808, houve a criação da primeira organização nacional de saúde pública no Brasil. Vinte anos mais tarde em 1828 após a Independência do país, foi promulgada, em 30 de agosto, a lei de Municipalização dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2017).

Neste cenário no Império de Dom Pedro I, em detrimento das precárias condições sanitárias e da enorme disseminação de doenças, tornou-se obrigatória em 1832 vacina contra a varíola para crianças, atribuindo-se multa para os que infringissem a legislação (FERNANDES, 1999). O que promoveu em 1979 a importante conquista mundial com a Certificação de erradicação global da varíola, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2017).

Ao longo da história desenvolve-se o reconhecimento da criança enquanto ser biopsicossocial, bem como, os seus direitos enquanto cidadão foram se delineando. Aliás, este processo ainda permanece em constante processo de transformação e construção (ARAÚJO et al., 2014).

Somente no século XVII a criança começou a ocupar espaço no âmbito social, neste período as famílias começam a demonstrar sentimentos de afeto para com as crianças e a sociedade passou a perceber que a elas representavam o centro para as famílias. Esta época é marcada pelo encontro dos primeiros registros da linguagem infantil (ARIÉS, 1986).

Na segunda metade do século XIX a Revolução Industrial alterou a estrutura social com a grande migração de populações das comunidades rurais para aglomerados urbanos,

agravando a situação epidêmica, e obrigando o governo a dispender recursos financeiros para cuidar dos enfermos (BRASIL, 2017).

Em 1941 aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde, organizada em quatro eixos, com os seguintes temas:

1. Organização sanitária estadual e municipal;
2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose;
3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento;
4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (PORTAL FIOCRUZ, 2018).

Até a década de 60 o foco da saúde pública ficou limitado aos processos curativos e individuais, sem muitos investimentos em promoção da saúde e prevenção de doenças (SARRETA, 2009).

Na década de 1970, em um contexto no qual vários segmentos da sociedade brasileira lutam pelas liberdades democráticas contra o regime militar, em prol da saúde como direito de todos, surge o movimento da reforma sanitária, defendendo que as ações deveriam ser formuladas não só pelo Estado, mas em conjunto com a sociedade, devido esta conhecer de perto as instituições de saúde (OLIVEIRA, 2015).

Em 1971 foi instituído um marco muito importante para as atividades de imunização no país, o Plano Nacional de Controle da Poliomielite, e o último caso da doença no país foi em 1989. Nos anos seguintes, aconteceram campanhas de vacinação contra outras patologias. (BRASIL, 2017).

Os processos e implementação de campanhas para imunização seguem crescentes no país até os dias atuais, e com a implementação de novas vacinas, ampliando a gama de doenças a serem prevenidas ou mesmo as emergentes e/ou reemergentes.

A V Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1975, deu ênfase à saúde da criança, abordando como um de seus temas o Programa de Saúde Materno-Infantil. (FIOCRUZ, 2018).

Também em 1975 foi criado o mais antigo Sistema de Nacional de Informação em Saúde, o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2018). A universalização do uso dos Sistemas de Informações em Saúde para apoio da gestão tem se desenvolvido como uma estratégia de Estado, em todos os níveis de atenção (PINTO, FREITAS e FIGUEIREDO, 2018).

Em 1978, a realização da Conferência de Alma-Ata expressou a necessidade de todos os governos promoverem a saúde para todos, cenário que pode ter sido uma prerrogativa para a posterior criação do SUS no Brasil (MACHADO, 2017).

Até o início dos anos 80 o sistema brasileiro de saúde era caracterizado pela exclusão de uma parcela expressiva da população, que não se inseria na assistência médica previdenciária. Assim, neste período foi crescente a prestação de serviços privados (MACHADO et al., 2017).

Igualmente, o RN também não era visto como sujeito de cuidado para as políticas públicas (COSTA et al., 2010). O mesmo recebia atenção à sua saúde, como consequência dos direitos conquistados para a mulher-mãe, como a regulamentação do alojamento conjunto, proporcionando maior contato entre mãe e RN e incentivando o aleitamento materno (OLIVEIRA, 2015).

Entretanto, ao final da década de 80, em função dos movimentos sanitários e com a promulgação da Constituição da República Brasileira, emerge uma nova percepção da saúde como direito de cidadania, fato que transforma a história das políticas sociais brasileiras (OLIVEIRA, 2015).

Estes processos históricos culminaram na formulação da nova Constituição Federal, em 1988, em cujo texto ocorreu uma positivação dos direitos sociais, que foi superior a todas as outras constituições brasileiras até então. Na Constituição cidadã, reconheceu-se a saúde como direito público de todos e dever do Estado, o que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA, 2015).

A criação do SUS, aliás, é um feito histórico para o cenário mundial, vez que o Brasil foi o único país capitalista da América Latina que instituiu, na década de 80, um sistema de saúde universal, financiado por impostos gerais e contribuições sociais (MACHADO et al., 2017).

Foi o SUS que propiciou o atendimento a todos os brasileiros, baseado em diversos alicerces. Em primazia, a garantia de direitos para a população por meio da Constituição Federal (CF), e na Seção II - Da Saúde, entre os Art. 196 e 200, afirma que além de ser direito de todos, a saúde é dever do Estado, que deverá garanti-la mediante as “políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.16)

Quando apresenta a redução de risco de doenças, o texto constitucional demonstra a preocupação com os preceitos da APS, na pretensão de superar o modelo que se preocupava apenas com a atenção curativa à saúde.

No Art. 197, a CF apresenta as ações e serviços de saúde como de relevância pública, e a responsabilidade do poder público regulamentar, controlar e fiscalizar. No Art. 198, apresenta as diretrizes do sistema, como a descentralização, o atendimento integral, com prioridade às ações de prevenção com a participação da comunidade. Em um parágrafo único dispõe sobre o financiamento. O Art. 199, dispõe sobre a assistência à saúde pela iniciativa privada e, no Art. 200 apresenta as competências do SUS, entre outras atribuições (BRASIL, 1988).

Portanto, o compromisso com a saúde da população, neste estudo com o destaque aos RN, é premissa do SUS e, deve ser desenvolvido a partir de seus princípios constitucionais: universalidade, equidade e integralidade.

O princípio da *Universalidade* visa garantir a atenção a todos os cidadãos brasileiros, independentemente de qualquer característica social ou pessoal. O princípio da *Equidade* tem o objetivo principal de reduzir desigualdades e, tratar os desiguais conforme as suas necessidades, para saná-las de maneira personalizada. E, o princípio da *Integralidade* é o que considera os indivíduos como um *todo*, para o qual se deve disponibilizar a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e, a reabilitação sempre que necessário (BRASIL, 2018a).

A Constituição de 88, impõe o desafio ao SUS de acabar com a exclusão dos indivíduos, universalizar o acesso a saúde, e comprometer-se com a oferta de serviços que contemplem integralmente os indivíduos e comunidades.

Oliveira (2015) ao analisar o direito à saúde na Constituição Federal e o SUS, concluiu que a sobrevivência do SUS requer o poder pública garante por meio de financiamento e gestão a oferta de serviços e cuidados integrais e de qualidade, cabendo a sociedade participar desta gestão para garantir seu desenvolvimento em prol da dignidade humana.

Tendo em vista que foi em certo contrassenso, que em 1990, um governo de política econômica neoliberal, para atender aos anseios sociais com estratégias de redução de gastos, implantou um sistema nacional de saúde público e universal.

Apesar de complicações na implementação do SUS, relacionadas do apoio estatal ao setor privado e da concentração de serviços de saúde em regiões mais desenvolvidas, além da fragilidade do financiamento para garantia da oferta de serviços preconizados, o sistema conseguiu melhorar amplamente o acesso à APS e os atendimentos de emergência. Assim

como, logrou-se difundir universalmente no Brasil a cobertura de imunização e atenção ao pré-natal e, investir na ampliação de recursos humanos e tecnológicos (PAIM et al., 2011).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA A PARTIR DA DÉCADA DE 1990

A organização da atenção à saúde da criança demanda o estabelecimento de políticas de acordo com o cenário instalado. Para combater a mortalidade infantil em áreas pobres, criou-se no início dos anos 90, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foi regulamentado em 1997. O PACS, como uma estratégia da APS, buscou reorientar o modelo de saúde, para assistencial e domiciliar. Neste Programa, o ACS é o profissional que visita as famílias para ‘identificar’ situações de risco e realizar orientações de saúde, respeitando os limites legais de sua profissão, denominada de Visita Domiciliar (VD) (BRASIL, 2002).

O ACS é um profissional exclusivo da APS, e tendo em vista sua capilaridade e facilidade de acesso, tem a função de atuar como mediador entre a comunidade e o serviço de saúde, abraçando a vertente de praticar a educação em saúde (DAVID, 2017).

Estudo realizado por Luz et al. (2018) evidenciaram que intervenções de qualificação com os profissionais ACS podem aproximar o conhecimento científico aos conhecimentos oriundos da comunidade, em prol da promoção da saúde.

A educação permanente promove benefícios e empoderamento do profissional, contribuindo na melhoria da relação entre serviço-ACS-comunidade, dando aporte teórico para sua atuação de campo na saúde coletiva (NASCIMENTO et al., 2017). Sob esta ótica desenvolver um instrumento para a realização da primeira VD permitirá que o ACS faça a leitura de campo e, realize os encaminhamentos necessários aos casos de risco que demandem intervenção de outros profissionais, além de orientações aos casos sensíveis de prevenção de agravos ou promoção da saúde. O ACS é o profissional em maior número atuando em ESF do Brasil, tendo desde sua criação, grande papel em um dos objetivos da APS que é a acessibilidade.

A Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, dispõe sobre as atribuições e formação dos ACS, apresentando a necessidade de o profissional ter a formação no ensino médio e curso de formação para ACS, com no mínimo 40 horas (BRASIL, 2018b).

Cabe ao profissional ACS o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, a partir das referências da

Educação Popular em Saúde, que visam o diálogo sobre os saberes culturais, sociais e científicos valorizando os saberes populares e ampliando a participação da comunidade no SUS, fortalecendo vínculo entre os trabalhadores e usuários (BRASIL, 2018b).

O ACS é o profissional em maior número atuando em ESF do Brasil, tendo desde sua criação, grande papel em um dos objetivos da APS que é a acessibilidade.

Outra conquista ocorrida em 1990 foi aprovação da Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A partir desta Lei, este segmento populacional, adquire amplos direitos de proteção à integridade física e psicológica, lazer e, bem-estar. E, a orientação de serem amparados pela família, comunidade e Estado (BRASIL, 1990).

Em 1994, adota-se o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de fortalecimento da atenção básica em saúde. Atualmente denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF). Viviam-se durante um período de estabilidade macroeconômica, implantação do Plano Real, processo de privatização de empresas estatais e abertura comercial e financeira, na agenda de políticas de saúde, continuando a expansão da saúde pública (MACHADO et al., 2017).

A ESF visa dispor de uma equipe multiprofissional, ser porta de entrada para o SUS, garantir acessibilidade e, atender a população de uma comunidade de, no máximo, 4.000 habitantes. Sua composição profissional mínima deverá ser: um médico generalista (ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade); um enfermeiro generalista (ou especialista em Saúde da Família); um auxiliar ou técnico de enfermagem; e, cinco ACS. Pode incluir também profissionais da Saúde Bucal, como cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2017b).

A ESF tem se constituído num dos pilares do movimento de reorganização do sistema de saúde brasileiro, com expansão numérica no país, e a possibilidade de originar novas práticas de atenção à saúde pautada em modelos de promoção. Destaca-se para a reorganização a necessidade da territorialização e da qualificação dos profissionais para atuarem em APS (SPERLING, 2017).

Em decorrência do número de óbitos infantis, em 1998, o Ministério da Saúde lançou a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Uma estratégia de ação, baseada em evidências científicas da Organização Pan-Americana da Saúde- OPAS, descrevendo passo-a-passo o processo para o atendimento das crianças em situações de doenças mais comuns neste período (BRASIL, 2018f).

A AIDPI é um instrumento útil para a detecção precoce e tratamento efetivo das principais doenças que afetam a saúde das crianças menores de cinco anos de idade, contribuindo assim para melhorar os conhecimentos e as práticas para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde (BRASIL, 2012a).

A AIDPI neonatal é uma estratégia que compreende um conjunto de ações integradas de promoção, prevenção e manejo de agravos realizadas por profissionais da APS com apoio da família e da comunidade afim de proporcionar qualidade de vida às crianças, com atenção especial no período neonatal (BRASIL, 2012a).

Em 2004, o MS preconizou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e, com relação à atenção ao período neonatal precoce, uma de suas Linhas de Cuidado foi a Primeira Semana Saúde Integral (PSSI). Esta visava a avaliação das condições de saúde da criança, da mãe, incentivando o aleitamento materno e apoiando as dificuldades apresentadas, aplicação das vacinas para a puérpera e a criança, agendamento de consulta de pós-parto para tratar também, do planejamento familiar e acompanhar a criança (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018d), nascem anualmente no mundo mais de 20 milhões de bebês prematuros e de baixo peso (menores de 2,5kg) e, um terço deles morre antes de completar um ano de vida.

Em atenção a estes dados a Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, lançou a norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru). Posteriormente, em 2007, esta Portaria foi revogada e, substituída pela Portaria nº 1.683. Este método foi criado em Bogotá, na Colômbia, em 1979 e, consiste em manter o RN em contato direto com o tórax materno promovendo o acolhimento, incentivo ao toque, ao aleitamento materno (BRASIL, 2013a).

A proposta do Método Canguru preconiza a presença de acompanhante durante tempo integral da internação, e justifica-se sua relevância em decorrência de diversos fatores, a saber: menor tempo de internação do bebê; melhora na oxigenação; aumento da temperatura do corpo e estabilidade; menos episódios de apneia; diminuição do choro; promoção do aleitamento materno; aumento do vínculo pai-mãe-bebê-família (BRASIL, 2013a).

A aplicabilidade das ações preconizadas pelo Método Canguru possibilita a transição do modelo de cuidado tecnicista para o humanista. Um estudo realizado por STELMAK e FREIRE (2017), em uma unidade de referência no Estado do Paraná, constatou expressiva adesão pela equipe de enfermagem que entende a importância dos cuidados humanizados,

destacando a necessidade de um processo de educação permanente para integração dos servidores a este modelo de cuidado.

O Método Canguru determina que cabe à APS o cuidado após a alta-hospitalar, através da VD e, da preconização de uma rotina de consultas de acompanhamento para o RN até que o mesmo atinja 2.500 gramas de peso (BRASIL, 2013a).

Estudos apontam que o processo de referência e contrarreferência no Sistema de Saúde ainda é ineficaz e, que a comunicação, entre os profissionais do serviço terciário e da Atenção Básica, ocorre de maneira ineficaz. Assim, os cuidadores precisam ser os portadores das informações, para garantir a devolutiva da contrarreferência (AIRES et al., 2017).

Em 2005, o MS instituiu a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com a finalidade de avaliar a implementação do Pacto criado em 2004, propor ações estratégicas e divulgar seus resultados (BRASIL, 2017).

E, mais recentemente, com a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, é instituída a Rede Cegonha, implementada pelo MS, como uma estratégia que assegure atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como o nascimento seguro das crianças e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). Baseia-se em quatro componentes:

1. Pré-natal;
2. Parto e nascimento;
3. Puerpério e atenção integral à criança; e,
4. Sistema Logístico – Transporte Sanitário e Regulação.

Nesta Rede toda gestante e RN devem receber atendimento integral, adequado e, de acordo com suas necessidades, e tem-se a organização do atendimento perinatal, com base em uma abordagem de risco (BRASIL, 1991).

Atenção Integral à Saúde da Criança visa a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável que já pode ser abordado quando a equipe da APS realiza a VD na primeira semana após o nascimento (BRASIL, 2011).

Os objetivos da Rede Cegonha são os de: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança focados no parto, no nascimento, e no crescimento e ao desenvolvimento da criança do nascimento até dois anos; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil garantindo acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Com a Portaria GM/MS nº 2.351, de 5 de outubro de 2011, são feitas algumas alterações na Rede Cegonha que são basicamente relacionadas ao financiamento, na qual consta que no caso de descumprimento do beneficiário com os compromissos de qualificação assumidos no Programa, o mesmo terá que devolvê-los ao Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 2011).

Neste sentido, cabe aos municípios cumprirem com as recomendações da Rede Cegonha, dentre elas a realização da primeira VD ao RN em tempo preconizado para garantir o recebimento do recurso financeiro.

Fica a cargo da auditoria do SUS fiscalizar o processo de aplicação adequada dos recursos, contemplando o princípio de eficiência no controle de recursos públicos (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha é uma ação governamental que adota o modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) pois, visa superar o sistema vigente de saúde que se encontrava fragmentado. Para tanto, adota um modelo de atenção integral, de qualidade, humanizado, que permite o acesso com equidade e eficácia clínica e sanitária. Assim, pretende-se alcançar uma política de saúde resolutiva à criança, considerando atendimento com prioridade absoluta de uma criança (ARAÚJO 2014).

Visa também assegurar a saúde da mulher durante a gravidez, parto e puerpério, bem como, a saúde da criança, em relação ao nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudáveis (ARAÚJO 2014).

A implementação da Rede Cegonha foi gradativa e, respeitou critérios epidemiológicos como exemplos: a Taxa de Mortalidade Infantil, a Razão Mortalidade da Materna, além da Densidade Populacional (BRASIL, 2018c).

No Paraná, foi implementada, em 2012, a Rede Mãe Paranaense que adotou a Linha Guia com seu painel de bordo, para melhorar a qualidade da assistência a gestante e ao bebê, bem como, reduzir a mortalidade materna e infantil no Estado (PARANÁ, 2015).

A linha propõe o processo de comunicação entre hospital/maternidade e APS, de modo a garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Preconizando a abordagem por meio de VD até o quinto dia após o parto, pois o período neonatal representa momento de grande vulnerabilidade para o RN e uma janela para a identificação e o enfrentamento dos principais problemas a partir de condutas preventivas, a fim de garantir o seu adequado crescimento e desenvolvimento (PARANÁ, 2018).

Esta primeira VD visa, além da observação do estado geral da mãe, com a realização de orientações para amamentação, a verificação de sinais de alerta no RN que indiquem risco de vida e demandem por encaminhamentos urgentes para atendimento médico. E ainda citam-se os seguintes cuidados que devem ser pretados em uma VD: orientação de cuidados com o coto umbilical; orientação sobre o agendamento de consulta na unidade até o décimo dia após o parto para mãe e bebê, estimulando a presença do pai; avaliação da carteira da criança quanto às condições de nascimento, intercorrências hospitalares, realização/agendamento de testes de triagem neonatal (pezinho, olhinho, orelhinha e coraçãozinho); e. a aplicação da vacina contra Hepatite B ao nascer, utilizando o contato para atualizar os dados da criança e da mãe no sistema de informação vigente (PARANÁ, 2018).

O Caderno de Atenção à Saúde da Criança até o primeiro ano de vida indica como sinais de alerta para o encaminhamento urgente na primeira VD: cianose ou palidez importantes; recusa alimentar; gemidos; vômitos importantes; irritabilidade ou dor à manipulação; tiragem subcostal; batimentos de asas do nariz; fontanela abaulada; secreção purulenta no ouvido ou no umbigo; letargia ou inconsciência; febre (temperatura axilar $> 37,5^{\circ}\text{C}$); hipotermia (temperatura axilar $< 35,5^{\circ}\text{C}$); frequência cardíaca < 100 bpm; frequência respiratória > 60 mpm; pústulas extensas na pele; icterícia visível abaixo do umbigo; apnéia; e, convulsões (PARANÁ, 2018).

O vínculo entre a equipe de saúde e a família para o acompanhamento da criança deve iniciar-se desde o pré-natal, contudo a VD, bem como contatos por demanda espontânea na unidade são oportunidades para o fortalecimento do vínculo (PARANÁ, 2018).

A Linha Guia também preconiza a estratificação de risco da criança como um processo dinâmico, que deve ser realizado continuamente, desde a alta hospitalar e durante todo primeiro ano de vida norteando a programação do cuidado dispensado à criança, com a programação de no mínimo oito consultas no primeiro ano de vida, a primeira até o 10º dia, seguindo agenda mensal até 6 meses de vida e trimestral de 6 meses a um ano, semestral de um a dois anos e anual após os três anos (PARANÁ, 2018).

A mudança no perfil dos óbitos perinatais, com uma lenta e discreta redução, pode confirmar que a Rede de Atenção Materna e Infantil, representada pela Rede Mãe Paranaense, gerou resultados positivos. E destaca a relevância da proporcionalidade dos óbitos fetais e neonatais precoces (MIGOTO, 2016).

E, assim, com base no perfil dos óbitos, no período de 2006 a 2014, no Paraná, recomenda-se uma atenção de qualidade ao período neonatal precoce. Há um histórico de

mortalidade acentuada dos nascidos de mulheres que declararam ausência de companheiro, que passam por menos de sete consultas de pré-natal, na vigência de anomalias congênitas, prematuridade e, no sexo masculino (MIGOTO, 2016).

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, foi instituída em 2013, como componente da Rede Cegonha, com o propósito de integrar a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). O objetivo maior foi de intensificar a promoção do Aleitamento Materno e, da Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2015).

No ano de 2015, em meio ao surto do Zika vírus no país e, da elevada incidência nascimentos com microcefalia (MACHADO et al., 2017), foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com a Portaria nº 1.130, em 5 de agosto, no âmbito do SUS. Tem como objetivo a promoção e proteção da saúde da criança, desde a gestação até os 9 anos de idade. Para tanto preconiza atenção integral, humanizada, prevenção, promoção de saúde e do aleitamento materno assim como de vigilância (BRASIL, 2015).

Já em 2016, entra em vigor a Lei da Primeira Infância -Lei 13.257, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e, altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), dentre outras, “[...] em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano [...]” (BRASIL, 2016b, s/p.)

As evoluções históricas da participação da criança na sociedade, bem como os cuidados em saúde voltados a elas, avançaram, e conseguiram em alguns momentos bons resultados por meio de algumas políticas públicas, como a redução da MI. Entretanto, muitas ações ainda precisam ser pontuadas, reorganizadas ou pactuadas para que estes avanços possam realmente refletir em um modelo de atenção integral, que atenda as reais necessidades da população infantil, de suas famílias e da comunidade (ARAÚJO, et al., 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Criança lançada em 2018, apresentou nova formulação, mantendo seu objetivo maior de promover e proteger a saúde da criança por meio de cuidados integrais e integrados, desde a gestação até os nove anos de vida, com atenção as vulnerabilidades, reduzindo a morbimortalidade e favorecendo o pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018).

A PNAISC apresenta as vulnerabilidades sociais como a baixa renda, maus-tratos/violência intrafamiliar, abuso ou dependência de álcool ou outras drogas por algum dos membros do núcleo familiar. Apresenta também como vulneráveis as crianças indígenas,

quilombolas, ribeirinhas, com deficiências e, as com doenças raras, relacionando a vulnerabilidade ao nascer ou adquiridas posteriormente. E ainda apresenta os grupos de RN, a saber: **considerado de alto risco** se idade gestacional for <32 semanas e/ou peso <1.500 g; sendo RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e, ou com alterações neurológicas; RN egresso de internação em unidade neonatal. Como condições que caracterizam **alto risco ao nascimento**: asfixia ao nascer (Apgar <7 no 5º minuto de vida); RN/criança com doença crônica, com múltiplas internações; Criança com desnutrição/obesidade; RN/criança com malformação ou deficiência congênita ou adquirida após o nascimento.

Para cumprir com seu objetivo a PNAISC apresenta oito Eixos Estratégicos, conforme apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1- EIXOS ESTRATÉGICOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA, BRASIL 2018

Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;
Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
Atenção integral à crianças em situação de violências. Prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno;

FONTE: BRASIL (2018)

No contexto das políticas públicas para o RN no Brasil, a APS merece destaque, e propõe diversos programas para a saúde do RN, apresentando nas Linhas de Cuidados no período perinatal ações relacionadas à promoção da saúde e a prevenção de agravos (BRASIL, 2012a).

3.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E MORTALIDADE INFANTIL

Oferecer atenção integral à criança significa prover todos os serviços necessários, capazes de reagir de forma resolutiva às demandas específicas de sua saúde, seja no contexto da APS, ou de outros níveis de atenção. Isto inclui também as ações de vigilância (BRASIL, 2018).

As ações de vigilância à saúde do RN começam antes de seu nascimento, com a atenção à saúde da gestante e o atendimento das consultas de pré-natal. A APS deve estar atenta para captação precoce com acompanhamento do pré-natal para: promover o acolhimento da

mulher; realizar a estratificação do risco; realizar as visitas domiciliares de acompanhamento, bem como, de busca ativa sempre que necessário (BRASIL, 2012a).

Após o nascimento, cabe a APS realizar a VD em tempo oportuno, agendar consulta do RN, de acordo com a estratificação de seu risco, proceder à continuidade dos cuidados conforme preconizado, com agendamentos de consultas de puericultura, realização de encaminhamentos sempre que necessário e, atenção ao calendário vacinal (BRASIL, 2012a).

No Brasil, o MS lançou manuais técnicos, em 1984 e 2002, destinados ao monitoramento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Sendo feita que em 1984 a recomendação para a vigilância do desenvolvimento infantil. No ano de 1995, inclui-se o Cartão da Criança com marcos do desenvolvimento que, em 2004, se tornaram um ato normativo para registro e vigilância (CAMINHA et al., 2017).

Em 2017, o MS lançou orientações de vigilância em saúde, no âmbito da emergência de saúde pública causada pelo Zika vírus, mas também, para fomentar a identificação de complicações de quaisquer etiologias e promover o cuidado adequado às crianças com complicações (BRASIL, 2017a).

Entretanto, Caminha et al. (2017), concluíram após a realização de uma revisão sistemática, que o cuidado com a vigilância do desenvolvimento infantil ainda sofre descaso pela APS no Brasil. E, mesmo após mais de 30 anos elencada na cadeia de ações para políticas voltadas às crianças, o tema ainda precisa ser amplamente discutido e levado à público.

Dentre as diversas maneiras de se fazer a vigilância em saúde, a PNAISC aproxima do segmento a vigilância e a prevenção do óbito infantil, fetal e materno como um de seus eixos. Intenta-se que o monitoramento e investigação dos casos de mortalidade infantil e fetal, bem como, materno, contribuam com a possibilidade de avaliação e proposição de medidas preventivas necessárias aos óbitos evitáveis (BRASIL, 2018).

Independente do foco estar sob o óbito ou o desenvolvimento, as atividades de vigilância exigem que os profissionais de saúde interajam harmonicamente e estejam próximos às pessoas, instituições ou comunidades, assim poderão identificar riscos à saúde, coletar informações técnicas, bem como, dar publicidade ou reporta-las devidamente (BRASIL, 2017).

O processo de vigilância exige cuidado com a comunicação, para que a mesma facilite o diálogo entre a população afetada e as instituições governamentais (BRASIL, 2017). Neste contexto, um instrumento para registros avaliativos e de encaminhamentos poderá auxiliar e formalizar o processo de comunicação.

Em estudo realizado por Pinheiro et al. (2016) os resultados apontaram para a necessidade de intensificar o planejamento e a efetivação das ações e da vigilância na atenção ao neonato. Os autores concluíram que o acompanhamento insatisfatório, fragmentado, em vários aspectos muito aquém do recomendado pelo MS, como exemplo, a realização da visita na primeira semana, principalmente para aqueles que residem em áreas vulneráveis, sem ESF e, com número insuficiente de profissionais para um melhor atendimento.

Neste sentido, uma ação de relevância para a vigilância em saúde é a identificação do território e nele, dos grupos que se destacam no processo de mobilização social e, podem ser parceiros chave para a produção e veiculação local de conteúdos potenciais para a vigilância (FERNANDES et al., 2017), e para traçar estratégias que possibilitem a atenção à saúde com qualidade e, em especial, de acordo com a realidade local.

Nos territórios, as VD, constituem potentes ações de vigilância à saúde. A PNAISC (2018) reforça que devem ser realizadas no último mês de gestação e, após a alta hospitalar na primeira semana de vida, podendo ser também logo após a alta no caso de egressos de internação em Unidade Neonatal (BRASIL, 2018). A realização da VD pela APS na rotina da assistência perinatal é uma estratégia de vigilância e visa entre outras coisas, tomando o princípio da integralidade, agir preventivamente para a redução da mortalidade neonatal.

As intervenções baseadas na comunidade têm potencial promissor na oferta de uma gama de serviços e, igualmente para o alcance de grupos populacionais de difícil acesso. Evidências atuais enfatizam a existência de estratégias efetivas como a VD, para fornecer intervenções de caráter preventivo e para a promoção da saúde, sendo que muitas dessas intervenções têm o potencial de reduzir a morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal (LASSI et al., 2014).

Impedir mortes evitáveis é um objetivo nacional e internacional, sendo um grande desafio para as equipes de saúde a implementação de políticas públicas, rompendo o antigo modelo de atenção e garantindo a qualidade de assistência preventiva e de promoção (FONSECA; JANICAS, 2014).

Estatísticas brasileiras mostravam uma realidade preocupante em 1990, o índice de mortalidade infantil foi de 62 óbitos para cada 1.000 nascimentos (BRASIL, 2013a). Fato que mobilizou à edificação de diversas legislações que visavam ajustar o modelo de atenção à saúde e as políticas públicas, com o intuito de corrigir os problemas atuais e prevenir complicações futuras.

Apesar de toda evolução das políticas de saúde e dos avanços tecnológicos, a mortalidade infantil no Brasil ainda é elevada e demanda atenção, de modo especial ao período neonatal que representa 70% das mortes no primeiro ano de vida (BRASIL, 2011).

O Índice de Mortalidade Infantil é considerado para a determinação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de uma população, e é tido como um indicador de qualidade de vida, neste sentido caracterizar as crianças que estão nascendo, com dados do RN e da mãe, torna-se uma ação diagnóstica com potencial para o embasamento do plano de ações e de serviços de saúde para promoção de saúde, prevenção dos agravos e do óbito (MOREIRA et al., 2014).

O IDH foi criado por Mahbubul Haq, com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, para ser uma medida geral e sintética do desenvolvimento de uma nação, considerando os pilares: *saúde, educação e renda* (UNDP, 2018).

O site da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), de São Paulo, manifesta que para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)⁷⁷ constitui-se um dos principais indicadores das ações na área da saúde pública. E que por meio dela, é possível refletir e avaliar não só a saúde infantil, mas as condições de vida de uma população, tendo em vista que a mortalidade pode ser o reflexo de vários outros fatores.

As primeiras tentativas para estruturas de ações voltadas para a redução da mortalidade infantil em conjunto com a intenção de reduzir mortalidade materna no Brasil foram em 1981, com a criação do Programa Materno Infantil, com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Posteriormente em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) devido ao alto índice de doenças infecto-parasitárias. Em 1988, inicia-se a inclusão da criança no SUS e nas legislações, com a nova Constituição Federal universalizando a saúde (MOREIRA et al., 2014).

No período colonial a mortalidade infantil no Brasil era de 70%. As mudanças para redução deste índice somente foram possíveis mediante a tomada de consciência da sociedade quanto a posição e situação da criança, de maneira que, os serviços públicos começaram a se responsabilizar pelas mesmas. Deste modo, a elaboração de políticas públicas e investimentos na saúde materno-infantil, com ações educativas de vigilância e preventivas, focadas na criança e na família, reduziram a TMI (Taxa de Mortalidade Infantil) (ARAÚJO 2014).

⁷⁷A taxa de mortalidade infantil mundialmente é calculada dividindo o número de óbitos de menores de um ano de idade, pelo número de nascidos vivos, multiplicando por 1.000 (ACIOLLI, 2006).

A partir daí é crescente a busca por estratégias para o cuidado especial no eixo saúde da criança. Uma análise feita por TOSO et al. (2017) apresenta um resumo do impacto das Políticas Públicas no Brasil, coordenadas pela Atenção Básica à Saúde, na redução da mortalidade infantil, no período de 1991 a 2015, fazendo referência ao número de óbitos para cada 1000 nascidos vivos, apresentada no QUADRO 2.

QUADRO 2- IMPACTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA MORTALIDADE INFANTIL (1993 À 2015)

POLÍTICA / PROPOSTA e/ou TMI de base	ANO	TMI / 1000NV
PACS: ampliou e aproximou a ofertas de serviços públicos de saúde à população e, colaborou para a redução de cinco óbitos para cada 1000 nascidos vivos dentro de um intervalo de três anos	1993	40,0
ESF: reorganiza o modelo de atenção em época de TMI de 38/1000, em 1994	1998	30,0
AIDPI: parte de TMI de 34/1000 em 1996	1998	30,0
MC: para atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, parte de 27/1000, em 2000	2002	24,0
ACSIC: parte de 23/1000, em 2004	2006	20,0
EBBS: parte de TMI de 16,8, em 2009	2011	16,0
RC: implantada em 2011 para todo o território nacional. Com base em TMI de 15,3	2015	13,8

FONTE: TOSO, et al. (2017).

No período de 22 anos, entre o ano de 1993 e 2015, o Brasil apresentou redução da ordem de 90% de seus óbitos infantis, transcende positivamente de 40 óbitos para cada mil nascidos vivos, para menos de 14.

É relevante mencionar que em 2000, o Brasil assumiu internacionalmente, juntamente com outras 189 nações, as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo que uma delas foi reduzir dois terços da MI até o ano de 2015, ou seja, apresentar em 2015 um índice de 15,9 óbitos para cada 1000 nascidos vivos no país (ARAÚJO 2014), meta ultrapassada. Reafirmando a diversidade regional manifesta no território brasileiro, aponta-se o AIDPI, de 1998, que alcançou seu objetivo resultando em declínio importante na mortalidade dos estados do norte e nordeste brasileiro. Contudo, os mesmos permaneceram com índices mais elevados ao serem comparados aos demais estados do país (ARAÚJO, 2014).

A AIDPI, inserida em 1998, alcançou seu objetivo e resultou em um declínio importante na mortalidade dos estados do norte e nordeste brasileiro, apesar, permanecer com elevados índices se comparados aos demais estados do país (ARAÚJO, 2014).

Em contrapartida, a TMI no Brasil subiu em 4.8% em 2016 após décadas em queda, em relação a 2015, fechando com 14 / 1.000 nascidos vivos. O Ministério da Saúde atribuiu a elevação ao Zika vírus, aliado à crise econômica, considerando a ocorrência de 351 mortes de fetos, bebês e crianças associadas ao vírus (COFEN, 2018). O presidente do COFEN (Conselho

Federal de Enfermagem) associou o aumento da mortalidade, além da infecção pelo Zika vírus, aos cortes em investimentos sociais e no SUS, tratando o cenário como um retrocesso. E, a presidente da Sociedade Brasileira de Imunização, classificou como inacreditável e inadmissível a queda na vacinação das crianças, sendo a imunização um importante fator de redução de mortalidade (COFEN, 2018).

Uma revisão sistemática realizada, em 2011, para o Ministério da Saúde, sobre a efetividade e segurança das intervenções para redução da mortalidade neonatal apresentou que a mesma é responsável por quase 40% das mortes infantis em todo o mundo. E a estimativa é que ocorram quatro milhões de mortes neonatais por ano, e 99% dessas em países em desenvolvimento (BRASIL, 2011).

Mesmo em descenso contínuo, sobretudo em países mais desenvolvidos, diversas pesquisas apontaram que as mortes vêm se concentrando no período neonatal (do nascimento até 28 dias de vida), “[...] a mortalidade neonatal é responsável por 70% dos óbitos de menores de um ano, e aproximadamente um terço das mortes considerando menores de cinco anos, a cada ano.” (CYPEL, 2011, p.22).

Elencadas como as principais causas de morte neonatal estão a prematuridade (28%), a infecção (26%) e, a asfixia perinatal (23%). Alertando-se para evidência de que a maioria dos óbitos poderiam ter sido evitados com a implementação de estratégias de saúde pública, que são relativamente simples e, demandam baixo custo para execução das intervenções (BRASIL, 2011).

Um projeto conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) apresentando diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro, a Saúde no Brasil em 2030, apresentou que para 2030 espera-se pouco menos de 25.000 óbitos infantis (FIOCRUZ, 2012). Em 2016, segundo o DATASUS ocorreram 36.350 óbitos infantis, com o TMI de 12,7 óbitos para cada mil nascidos vivos (BRASIL, 2018).

Segundo Vianna et al. (2016), em um estudo que traçou o perfil da Mortalidade Infantil nas macrorregiões do Estado do Paraná, de 2012 a 2014, houve disparidade entre as regiões. A Região Leste onde está localizada a 5ª Regional de Saúde, à qual pertence o Município de Pitanga, foi a com maior incidência de óbitos de crianças com seis dias de vida ou menos.

No ano de 2014, os fatores relacionados à maior incidência de óbitos neonatais precoces no Estado do Paraná foram: sexo masculino; prematuridade; baixo peso ao nascer; Apgar inferior a 7 no 5º minuto; e, presença de anomalia congênita (MIGOTO et al., 2018).

Quanto aos fatores de riscos relacionados à mãe na geração de filho com doença congênita uma pesquisa desenvolvida no Paraná, evidenciou os seguintes: os extremos de idade; as condições econômicas desfavoráveis; o histórico anterior de aborto ou doença congênita de doenças pré-existentes ou desenvolvidas na gestação; gemelaridade, paridade e pré-natal iniciado tardiamente; os tratamentos instituídos sem evidência clínica exata; bem como, a exposição a agentes teratogênicos (BARROS, FREIRE e MIGOTO, 2017).

Em 2017, o Paraná alcança o menor de seu histórico a TMI de 10,4 para cada 1000 nascimentos, redução de mais de 800 óbitos em comparação com 2016, podendo ser reflexo do Programa Mãe Paranaense. No município de Pitanga, em 2016, foi de 11,3% e, em 2017 passou a 10,9, porém, ainda acima da meta do Estado do Paraná, ser de apenas um dígito (PARANÁ, 2017; BRASIL, 2018d).

Uma pesquisa realizada em Joinville, Município da Região Sul do Brasil, no Estado de Santa Catarina, com IDH acima da média nacional, apontou o baixo peso ao nascer (<2500 g) e a prematuridade (<37 semanas), como fatores de grande relevância para a ocorrência do óbito infantil, especialmente o óbito neonatal precoce. Apesar da associação entre prematuridade e baixo peso, a chance de óbito é 12 vezes maior quando o bebê nasce com menos de 32 semanas de gestação, enquanto o muito baixo peso relaciona-se a 8 vezes maior (KROPIWIEC, 2017).

E conclui que, as características de risco ao nascer e a mortalidade infantil relacionam-se diretamente com as condições maternas e com a assistência prestada no pré-natal, estas podem ser determinantes e condicionantes para ocorrência de óbito ou a redução dos óbitos evitáveis (KROPIWIEC, 2017).

Notam-se falhas no princípio da equidade na assistência à saúde considerando as diferenças regionais, quando se aborda a MI, tendo em vista a extrema diversidade regional. Outra problemática evidenciada, relaciona-se às morbidades e hospitalizações por causas evitáveis no país, fatos que apontam para a necessidade de maior atenção às estratégias governamentais implementadas nas políticas públicas, para que seja favorecida a continuidade da redução das causas de adoecimento e mortes infantis (ARAÚJO et al., 2014).

Nesta perspectiva a vigilância é premente. Reconhecendo que a vigilância para o desenvolvimento na primeira infância é uma intervenção preventiva realizada pela APS, que compreende atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas (MACÊDO, 2016).

A falta de ações de caráter preventivo e de promoção da saúde, associada à vulnerabilidade em que se encontra a APS, propicia o aumento dos índices de hospitalizações evitáveis e, a persistência de mortes evitáveis (ARAÚJO, et al., 2014). Respeitando os preceitos da APS, a promoção da saúde e a prevenção de agravos, são instrumentos para a redução da Mortalidade infantil entre outras vantagens, em prol da promoção e da melhoria da qualidade de vida (MACÊDO, 2016).

Um estudo realizado em um serviço de APS no Estado de São Paulo, com respeito aos Diagnósticos de Enfermagem para as consultas dos RN, demonstrou fortalecimento frente ao processo saúde-doença indicado pelo Diagnóstico de Crescimento e Desenvolvimento eficazes. No entanto, o estudo destacou a necessidade de práticas fortalecedoras para a família no cuidado ao RN quanto à prevenção dos agravos, de modo especial, à necessidade de proteção física e de segurança dos RNs (COSTA et al., 2018).

3.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A APS tem se apresentado internacionalmente como uma estratégia para organizar a atenção à saúde e atender a maioria das demandas da população, de forma maneira regionalizada, sistematizada e contínua. Integrando ações curativas e preventivas, com propensão às ações preventivas e, de promoção da saúde que englobem atenção individual ou coletiva (STARFIELD, 2004). Respeitando os princípios norteadores do SUS para a organização da atenção à saúde de modo a possibilitar o acesso a todos os usuários conforme suas necessidades, a saber: Universalidade, Integralidade e Equidade (BRASIL, 1990).

A *Universalidade* aplica-se ao direito de todo cidadão ao acesso aos serviços de saúde; a *Integralidade* indica que o acesso deve atender todas as necessidades de saúde sejam preventivas, curativas ou de reabilitação, em todos os níveis de complexidade primário, secundário ou terciário; e, a *Equidade* que, o intuito de reduzir as desigualdades, apesar de todos terem direito à saúde é preciso tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, com o propósito de justiça (BRASIL, 2019).

A APS é uma estratégia que contribuiu significativamente para implementação do cuidado com foco no ser humano de acordo com a filosofia do SUS, tendo como um dos princípios primordiais neste processo a integralidade. A PNAB apresenta o princípio da Integralidade para a APS, como o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças (BRASIL, 2017), em consonância

com a CF de 1988, que apresenta o atendimento integral como à necessidade de compreender o indivíduo de modo holístico como ser biopsicossocial (BRASIL, 1988).

Um dos desafios do SUS e da APS é transcender as ações curativas e de prevenção e realizar ações de promoção de saúde. Neste sentido, destaca-se o papel da APS como a estruturadora de um sistema hierarquizado, regionalizado, e orientadora da rede de atenção para articular ações intersetoriais, que têm sido apontadas como fundamentais juntamente com a participação da comunitária, para o desenvolvimento de programas para promoção da saúde (PRADO; SANTOS, 2018).

Sob a ótica da Integralidade, a Vigilância em Saúde na APS é condição *sine qua non* pois, possibilita um processo contínuo e sistemático de coleta e análise dos eventos relacionados à saúde, considerando para a organização dos processos de trabalho, os determinantes e os riscos em uma perspectiva intra e intersetorial (BRASIL, 2017).

Enquanto diretrizes para a APS, a PNAB – 2017, apresenta: a Regionalização e a Hierarquização; a Territorialização e Adstrição; o Cuidado Centrado na Pessoa, no sentido de cuidado singularizado; a Resolutividade que será alcançada através da longitudinalidade e coordenação do cuidado, do ordenamento das redes pela APS e, da participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Segundo Prado e Santos (2018) a participação comunitária é tida como um dos pilares da promoção da saúde, considerando que o objetivo da promoção é a emancipação dos usuários, de modo que eles possam elencar prioridades e estratégias coerentes dentro de suas necessidades.

Pensando na emancipação dos pais e familiares para os cuidados da criança, do RN, a APS tem um papel de grande relevância pois, o cuidar tem diferentes sentidos, é complexo, multidimensional, sofre influências, se funda no valor da vida e da dignidade humana. E, sobretudo, o cuidado é construído a partir de esforços e colaboração conjunta entre a família, a comunidade e, os profissionais de saúde (SOUZA; ERDEMAN, 2012).

A proposta da organização dos serviços e dos processos embasados na intersetorialidade e na integralidade, desfragmentando o atendimento, compreendendo cada sujeito em sua condição peculiar de modo a impactar na vida da criança, é um processo que vem sendo construído, adaptado e reconstruído continuamente, organizado a partir APS (BRASIL, 2018a).

A Integralidade da atenção começa na APS, mediante o acolhimento e acesso universal. A função das equipes de Atenção Básica é acolher, escutar e oferecer respostas para

resolução do problema ou capaz de reduzir danos ou sofrimentos, ainda que esta resposta demande o encaminhamento a outros setores (BRASIL, 2018a).

A APS tem como âncora prioritária em seu nível de atenção a ESF, que organiza suas ações de acordo com as diretrizes da PNAB e do SUS, com o desafio de suas equipes profissionais atuarem com olhar biopsicossocial ao indivíduo, família e comunidade, estando sempre vigilantes e sendo pró-ativos para efetivarem ações resolutivas, sob pena de não impactarem na saúde infantil (BRASIL, 2018a).

O acolhimento com escuta qualificada, avaliação de risco, das necessidades e vulnerabilidades são compromissos das equipes de APS, sendo elas a entrada preferencial do usuário à rede de atenção. Além da demanda espontânea, é fundamental que a equipe equilibre e desenvolva ações programadas para acompanhamento (BRASIL, 2018a). E, se refletindo na saúde da criança e, em uma abordagem para este acolhimento em tempo oportuno, cabe a APS conhecer o número de puérperas e de RNs de sua área de abrangência para programar as ações e realizar a VD na primeira semana após o parto (BRASIL, 2004).

A APS propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população dentre eles a saúde da criança. Neste sentido, os cuidados com o RN, para os quais uma das estratégias adotadas é a VD, podem ser subsidiados pelo uso de tecnologias que são apresentadas a seguir.

3.4.1 Cuidados com Recém-Nascido

A atenção à saúde do RN começa antes do nascimento, com assistência qualificada, humanizada e integralizada da assistência ao pré-natal. Ao longo das consultas, as futuras mães recebem as primeiras orientações quanto aos cuidados com seus filhos, devido serem elas, com frequência, a constituírem-se como as principais cuidadoras.

O período neonatal caracteriza-se pelo momento de maior vulnerabilidade na vida, e os riscos do período demandam cuidados e medidas adequadas ao RN (BRASIL, 2011). O nascimento é um momento de muita expectativa para os pais e familiares, que leva a uma transição do ciclo de vida da família, permeado por dúvidas, inseguranças e questionamentos. Neste sentido, os profissionais de saúde detêm conhecimentos e habilidades que possibilitam a oferta de atenção e suporte com relação aos cuidados essenciais ao RN (SILVA, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, bem como, o Ministério da Saúde, é de competência da equipe de saúde que atende a criança: os cuidados básicos para todos os RNS

com orientação voltada para o sono, as cólicas, o banho de sol, as trocas de fraldas, aos cuidados de higiene oral e corporal; a promoção e apoio ao aleitamento materno precoce e exclusivo; cuidados com o coto umbilical; manutenção da temperatura. Lembrando ainda da Triagem Neonatal e da Imunização. No processo de orientação e consulta se deve procurar identificar condições que demandem cuidados adicionais e, aconselhamento sobre quando encaminhar o RN à uma unidade saúde (WHO, 2009; BRASIL, 2012a). O Ministério da Saúde no Brasil, priorizou ações programáticas que promovem o crescimento, o desenvolvimento BRASIL, 2012a).

Todavia as práticas populares no cuidado ao RN ainda são percebidas caminhando lado a lado com o conhecimento científico. Apesar de os profissionais realizarem orientações adequadas durante o pré-natal, as puérperas acompanham outros métodos de cuidados que não os recomendados pela equipe de saúde. É importante que o profissional de saúde tenha conhecimento da existência de tais crenças e superstições, para que possa planejar uma assistência adequada, respeitando a cultura popular, para adequar o cuidado conforme a realidade de cada um (BIANCHINI; KERBER, 2010).

Para a prestação de cuidados apropriados ao RN na APS demanda-se pela identificação das situações determinantes e condicionantes à saúde como a determinação da idade gestacional. Utilizando-se de escalas que permitam classificar o RN em: pré-termo (idade gestacional inferior a 37 semanas); a termo (idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias) e pós termo (idade gestacional igual ou maior que 42 semanas) (SOUZA, 2013).

Assim se deve obter a identificação de vulnerabilidade para o RN, com base em critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde: criança residente em área de risco; baixo peso ao nascer (inferior a 2.500g); prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais); asfixia grave ou Apgar menor do que 7 no 5º minuto; internações/intercorrências; mãe com menos de 18 anos de idade; mãe com baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo); história familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade; aleitamento materno ausente ou não exclusivo; gestação gemelar; malformação congênita; mais do que três filhos morando juntos; ausência de pré-natal; problemas familiares e socioeconômicos que interfiram na saúde da criança; problemas específicos da criança que interfiram na sua saúde; não realização de vacinas; não identificação de atraso no desenvolvimento; e, suspeita ou evidência de violência (BRASIL, 2012b).

Com relação às situações de vulnerabilidade familiar encontram-se os seguintes critérios: gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação; presença

de rupturas e conflitos do casal quando da descoberta da gravidez; separações e lutos na família, mãe em situação de sofrimento agudo ou diagnóstico de doença mental; parto difícil ou traumático; pais com dificuldades de assumir a parentalidade (tornar-se pai e tornar-se mãe) e famílias com problemas múltiplos (drogadição, alcoolismo, pobreza, condições crônicas) (BRASIL, 2012a).

Como um dos cuidados primordiais se tem a amamentação. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e, posteriormente, a introdução de outros alimentos para suprir as demandas nutricionais. Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de duração das mamadas. Nos primeiros meses, é natural que a criança mame com maior frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo (AME) mama de 8 a 12 vezes ao dia (BRASIL, 2011).

O leite humano é capaz de reduzir as taxas de mortalidade infantil, por meio da transferência anticorpos maternos para o bebê, protegendo-o contra infecções, uma das principais causas de morte na criança. É um alimento rico em ácidos graxos insaturados, aminoácidos, minerais, vitaminas, enzimas, imunoglobulinas e água, totalizando 87% de sua composição, motivo pelo qual o bebê não precisa receber outro líquido para a sua hidratação (SOUZA, 2013).

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de duração das mamadas. Nos primeiros meses, é natural que a criança mame com maior frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo (AME) mama de 8 a 12 vezes ao dia (BRASIL, 2011).

Uma preocupação relaciona-se ao engasgo. As mães, de maneira geral, têm a preocupação de que o RN engasgue enquanto mama, em sendo a quantidade de leite superior à capacidade de deglutição. Neste sentido, é orientada a posição lateral da cabeça do bebê, para ajudar a drenar o alimento para fora da boca, impedindo que vá para o pulmão. Outro cuidado é orientar a mãe a alimentar o bebê com calma, atentando-se para a deglutição, fazendo pequenas pausas se necessário e, ao final elevar o bebê até seu ombro, adotando posição que favorece a eructação (FREITAS, 2016). Caso ocorra o engasgo aplica-se uma manobra que consiste em colocá-lo de bruços, com seu corpo apoiado no braço, com a cabeça mais baixa que o corpo, dar cinco tapas firmes nas costas sem colocar a força de um adulto. Se não houver reversão do quadro a mãe deve ser orientada a procurar imediatamente uma unidade de atendimento de urgência (BRASIL, 2009).

Outro aspecto para os cuidados com o RN relaciona-se à prevenção de acidentes e, neste sentido, se deve cuidar da temperatura da água do banho (ideal ser de 37°C) e por não deixar a criança sozinha na banheira, mesmo que esteja com baixo nível de água. A família deve ser orientada a manter as grades do berço em boa distância (a distância entre as ripas da grade do berço não deve ser superior a 6cm), a utilizar cobertores leves e, travesseiro firme para evitar a sufocação do bebê. Se estiver frio, é preferível agasalhá-lo com maior quantidade de roupas do que cobri-lo muito. Cuidadores devem ser orientados a não aquecer o leite materno, a fórmula infantil ou outros líquidos em forno de micro-ondas, devido ao risco de escaldamento, líquidos aquecidos nesses aparelhos podem ficar mornos na porção mais externa do recipiente, enquanto que, no seu interior, principalmente na parte superior, podem estar fervendo. O transporte do bebê em automóvel deve ser feito sempre no banco traseiro, em cadeirinha especial para lactente, com cinto de segurança e com a criança posicionada na cadeirinha apropriada de costas para o motorista. A criança não deve ser deixada perto de animais, mesmo os animais de casa, pois eles podem ter reações imprevisíveis (BRASIL, 2012a).

O banho do RN é um momento de muita expectativa para a mãe. É um dos cuidados que geram dúvidas e insegurança pelo receio de manusear o bebê por tê-lo como frágil, por medo de quedas e, de entrada de água no canal auditivo. A insegurança justifica que algumas mães não realizem os banhos nos primeiros dias de vida (FREITAS, 2016).

O banho é uma necessidade diária, tem como finalidade à limpeza do corpo, estimulação da circulação geral da pele, proporcionando conforto e bem-estar. O momento do banho é muito prazeroso e favorável para a interação entre mãe e filho. Esse deve ser feito com água morna e sabonete neutro, como o de glicerina (SOUZA, 2013).

O cuidado de higiene com o coto umbilical é importante para evitar tétano ou sepse, sendo assim, a família deve ser orientada sobre a importância de sua higiene. Após o banho, o coto deve ser limpo com haste de algodão umedecido em álcool a 70%, com movimentos circulares em um só sentido, retiradas as secreções, deixando a área limpa e evitando complicações (SOUZA, 2013).

O choro é a manifestação peculiar do RN, sua linguagem para demonstrar necessidades e sensações, mas, que gera tensão principalmente na mãe, reconhecê-lo e entender seu motivo requer paciência. Aos poucos a habilidade para decifrá-lo vai se desenvolvendo (SILVA, 2016).

O sono é imprescindível para o desenvolvimento e maturação do bebê, durante o sono os hormônios do crescimento são liberados em maior intensidade, sendo indispensável a manutenção da saúde da criança (SBP, 2019). O sono e repouso deve ocorrer em berço com

grades com espaço curto entre si, para evitar torsões de membros, quedas, introdução da cabeça do RN entre as grades, com possibilidade de enforcamento (BRASIL, 2011). É preciso alertar os pais quanto ao risco de morte súbita de criança no primeiro ano de vida, principalmente nos primeiros seis meses, e que a posição correta para dormir é um meio de prevenção. A criança deve ser colocada para dormir de “barriga para cima” (posição supina) e não de lado ou de bruços. O bebê não deve dormir com os pais por risco de sufocação, deve dormir em berço ou cama, e não deve haver lençóis, cobertores ou objetos macios em volta da criança (SBP, 2019).

As quedas podem deixar sequelas graves em crianças, e até levar à morte. Cuidados com o RN devem ser tomados para evitar que isso ocorra, as pessoas que iram manuseá-lo tenham alguma prática, pois são muito sensíveis. O sono e repouso deve ocorrer em berço com grades devem ser feitas e espaço curto entre elas (BRASIL, 2011).

Quanto a troca de fralda, é muito importante esclarecer para a mãe que o objetivo da troca de fraldas é manter o bebê o mais seco e confortável possível com a pele seca e limpa, prevenindo o aparecimento de assaduras. Recomenda-se que a posição do bebê seja decúbito elevado, para evitar refluxo, outro cuidado é não elevar as pernas do RN evitando assim a pressão abdominal, que provoca refluxo e bronco aspiração (BRASIL, 2011), assim como, em RN prematuros as hemorragias intracranianas.

Os sinais de perigo são dados por situações graves, que podem causar a morte do RN. Para evitar a morte, a mãe e a família precisam saber reconhecer os sinais de perigo para o RN. O profissional de saúde deve ensinar a mãe e a família a reconhecer os sinais de perigo, a saber: o bebê não consegue beber ou mamar; apresenta vômito, palidez, cianose, convulsão, letargia; está com o abdome distendido e endurecido. Caso o RN apresente um destes sinais, a mãe deve procurar ajuda imediatamente a unidade de saúde (BRASIL, 2011).

O Caderno de Atenção à Saúde da Criança no primeiro ano de vida, do estado do Paraná, apresenta como sinais de alerta, que são situações que demandam encaminhamento breve da criança para atendimento em unidade de saúde.: cianose ou palidez importante; recusa alimentar; gemidos; vômitos importantes; irritabilidade ou dor à manipulação; tiragem subcostal e batimentos de asas do nariz; fontanela abaulada; secreção purulenta no ouvido ou no umbigo; letargia ou inconsciência; febre (temperatura axilar $> 37,5^{\circ}\text{C}$); hipotermia (temperatura axilar $< 35,5^{\circ}\text{C}$); frequência cardíaca menor que 60 batimentos por minuto; pústulas extensas na pele; icterícia visível abaixo do umbigo e convulsões ou apnéia (em Parada Respiratória) (PARANÁ, 2018c).

Salvo as situações de urgência, a criança deve obedecer a um calendário para acompanhamento. Recomenda-se a realização de oito consultas no primeiro ano de vida, sendo uma mensal até seis meses de vida, e trimestral até um ano, com nove e 12 meses. Até completar dois anos a criança deve realizar duas consultas de acompanhamento, com 18 e 24 meses (PARANÁ, 2018c).

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), expresso pelo aumento do tamanho corporal e constituir-se em um dos indicadores de saúde da criança. Dentre os fatores os fatores extrínsecos destacam a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança, que atuam acelerando ou restringindo tal processo (BRASIL, 2012a).

É necessária a valorização também do crescimento intrauterino, pois diversos estudos atestam que alterações no crescimento fetal e infantil podem ter efeitos permanentes na saúde do adulto. O acompanhamento sistemático do crescimento e do ganho de peso, através da rotina preconizada de consultas e utilização das curvas de crescimento permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade, por meio da sinalização precoce da subnutrição e da obesidade (BRASIL, 2012a).

Faz-se imprescindível também a vigilância do calendário de imunização, é importante verificar se o RN recebeu a primeira dose da vacina contra Hepatite B e, da Bacillus Calmette-Guérin (BCG) na maternidade e, se será necessário indicar a aplicação dessas vacinas na Unidade de Saúde. É indiscutível o relevante papel da prevenção e da promoção que as imunizações desempenham na APS. Poucas ações são tão fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância. As vacinas que são preconizadas pelo Calendário Básico de Vacinação da Criança e encontram-se disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2012a).

3.4.2 Visita Domiciliar ao Recém-Nascido

Dentre as ações essenciais da APS está a VD, uma estratégia que impacta com relevância na compreensão ampliada do processo saúde-doença e, o provimento de intervenções para o cuidado e manutenção da saúde individual e familiar, perpassando o limite das práticas curativas (NASCIMENTO et al., 2013).

A VD originou-se nos modelos teórico-práticos advindos da sociedade norte-americana, em meados do século XX, como um modelo de afirmação da categoria profissional

de enfermagem. No Brasil, era realizada pelo visitador sanitário por aproximadamente três décadas, como foco aos portadores de doenças transmissíveis e no grupo materno-infantil (NOGUEIRA et al., 1977).

No Brasil na década de 70, devido às mudanças das políticas de saúde, influenciadas pelo contexto econômico e social, principalmente, o período de ditadura militar, houve redução das atividades de saúde no âmbito comunitário e ampliação da oferta de serviços intra-hospitalares, contribuindo com uma gradativa transformação de um modelo higienista/preventivista para um curativista/preventivista (EGRY, FONSECA; 2000).

Entretanto o modelo vigente, com foco na APS e que utiliza a ESF como estratégia para abordagem dos usuários, e que converte o objeto de atenção do indivíduo para a família, reafirma a importância da intervenção na comunidade, a partir do espaço em que ela vive, o domicílio (EGRY, FONSECA; 2000). O MS redefiniu em 2013, por meio da Portaria nº 963 de 27 de maio a atenção domiciliar como uma nova modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados (BRASIL, 2013c).

A VD é um instrumento importante de troca entre os profissionais e a família, uma oportunidade ímpar de aproximação entre as Equipes de Atenção Básica à Saúde e os usuários, de modo especial os mais vulneráveis. Realizar a VD ao RN e sua família é uma estratégia que garante a continuidade dos cuidados após a alta e, constituindo-se também de uma potente ação de vigilância (BRASIL, 2018), que se realiza no local da moradia, e não na unidade de saúde, favorecendo o contato dos profissionais com o ambiente no qual está inserido o objeto de abordagem: a família, sendo imprescindível considerar, todas as questões que envolvem o contexto (EGRY, FONSECA; 2000).

Visitar RNs é uma prática comum em muitos países. Tal atividade vem crescendo em função do reconhecimento de que os primeiros anos de vida são determinantes para a saúde do ser adulto, pois estudos mostram boas evidências no potencial da VD com relação ao desenvolvimento de parentalidade, melhoria do desenvolvimento dos RNs, redução de lesões não intencionais melhoria na detecção e manejo da depressão pós-parto e melhoria na prática da amamentação (BRASIL, 2012a).

O período pós-parto é momento de adaptação para a família, permeado por importantes transformações para a mãe com a experimentação de sentimentos e emoções intensos relacionados também às alterações hormonais, a presença do choro do bebê na casa, a adaptação

masculina à paternidade, a adaptação do RN à vida extra-uterina, transformações significativas que demandam apoio profissional (BARROS, 2015). Considera-se que é dentro do contexto familiar que melhor se podem captar as informações, ali onde ocorrerão as primeiras relações da criança, tão importantes para o seu desenvolvimento biopsicossocial (BRASIL, 2012a).

Muitas das vezes o conhecimento prévio das gestantes a respeito dos cuidados com o neonato é, o que fundamenta a necessidade da educação em saúde para abordar inseguranças promover o empoderamento as futuras mães. Assim, a VD apresenta-se como uma estratégia para o fortalecimento das informações aprendidas no período pré-natal, ou uma oportunidade no caso de haver deficiência destas orientações no período pré-natal, para abordagem no período pós-natal que visa apoiar às puérperas e suas famílias (ROLIM, et al. 2017).

A VD é uma intervenção única, que pode ser realizada por diferentes categorias profissionais, e que permite uma gama de intervenções, a partir dos objetivos traçados para a mesma. Os resultados podem ser educativos, de apoio, de estímulo ou vigilância (CHIMBIDA; MEDEIROS, 2016).

Cabe então a APS programar uma VD precoce, até o quinto dia pós-parto para realizar avaliação da mãe e do bebê com o objetivo de atualizar o cadastro com o novo integrante da família, orientar sobre aleitamento materno, imunização, cuidado com higiene e coto umbilical e para verificar o estado geral da criança (PARANÁ, 2015). A PNAISC também prevê independente da idade cronológica, a realização da VD para abordagem do RN de risco na primeira semana após a alta (BRASIL, 2018a).

A OMS e o UNICEF traçaram diretrizes por meio do manual “*Home Visits for the Newborn Child: a strategy to improve survival*” que orientam os principais cuidados a serem conduzidos na VD ao RN em sua primeira semana de vida os quais já foram relacionados anteriormente, e ainda, providenciar o registro de nascimento e, identificar RN que necessita de cuidados e apoio adicional (baixo peso ao nascer, doença crônica, mãe com HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana - positivo) (WHO, 2009).

As diretrizes do Programa Rede Mãe Paranaense, alertam para a verificação se presença de algumas alterações como icterícia, vômito, febre ou hipotermia, gemido, dor à manipulação, abaulamento de fontanelas, secreção no umbigo ou ouvido, aumento da frequência respiratória acima de 60 batimentos por minuto e convulsões (PARANÁ, 2015), e pela OMS e UNICEF recusa alimentar, atividade reduzida, dificuldade respiratória, febre ou hipotermia, convulsões (WHO, 2009).

Realizar precocemente a VD visa dentre outras coisas prolongar a amamentação, realizar orientações para melhorar o desenvolvimento cognitivo de crianças e reduzir a ocorrência de lesões não intencionais e ampliar a detecção precoce de depressão pós-parto (BRASIL, 2012a). É uma estratégia que possibilita a promoção da saúde, fortalecendo os vínculos familiares e as habilidades parentais para estímulo do desenvolvimento infantil, dando apoio biopsicossocial de modo especial às puérperas que se encontram em período de fragilidade, e realizando educação em saúde com foco preventivo e para a promoção do empoderamento das famílias no cuidado a seus filhos (BRASIL, 2018c).

A dinâmica familiar pode favorecer o cuidado do RN em prol de um bom desenvolvimento, ou pode ser considerada um fator de risco. A dependência química, em especial dos pais, afeta diretamente o desenvolvimento da infantil, atrapalha a criação de vínculo com o neonato e deste modo, prejudica o desenvolvimento de atitudes de proteção (SILVA et al, 2014). A VD é um instrumento para conhecer a dinâmica familiar.

Quanto a VD após o parto, o caderno de Atenção Básica- Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento apresentam relatos de usuárias do SUS que a receberam, de maneira bastante positiva, como o que segue no relato:

Eu estava um pouco perdida: é o meu primeiro filho, não conhecia o posto e fiz o pré-natal com médico do convênio. Achei um sinal de interesse e também foi bom porque já trouxeram a data e hora da consulta marcada. Já fui até lá, fiz o teste do pezinho no meu filho, apliquei a vacina BCG nele e hoje mesmo estou indo consultar. Gostei muito de como fui atendida. Vou seguir levando meu filho à Unidade [...] (BRASIL, 2012a, p. 35)

A oferta de VD tem sido suporte para familiares com maior vulnerabilidade, visando o fortalecimento de vínculos familiares e a promoção de habilidades parentais para estímulo do desenvolvimento infantil. O Desenvolvimento na Primeira Infância- DPI está em evidência desde uma publicação em 2007. É crescente no mundo a preocupação e o investimento para este desenvolvimento, com ampliação de publicações científicas e, de financiamento (BRASIL, 2018). Neste sentido, aponta-se a VD como estratégia que poderá favorecer este desenvolvimento.

Pesquisas constatarem os bons resultados obtidos na Jamaica e nos Estados Unidos, bem como, no Brasil a partir principalmente, da Lei da Primeira Infância de 2016. Período em que se passa a estimular os Estados e Municípios para a implementação das Políticas Públicas de DPI, entre elas a utilização da estratégia da VD (BRASIL, 2018c).

Os profissionais de saúde qualificados, segundo a OMS, são os mais adequados para realizar a VD e para os cuidados preventivos e curativos com o RN. Entretanto, em muitos contextos, essa não é uma opção viável devido, por exemplo, à escassez de profissionais de saúde qualificados, à falta de transporte ou a uma carga de trabalho que não lhes permite fazer visitas domiciliares oportunas e repetidas. Para estes contextos, muitas das tarefas essenciais para o atendimento básico ao RN podem ser realizadas por profissionais de saúde auxiliares treinados ou ACSs treinados que fazem parte e estão vinculados a um sistema de prestação a cuidados de saúde (WHO, 2009).

O MS foi inspirado pelo Programa *Nurse-Family Partnership*, oriundo de organização sem fins lucrativos dos Estados Unidos e, que organiza VD de enfermeiras às mães de baixa renda. Entretanto, considerando a existência de um verdadeiro exército de 260 mil ACS no Brasil, já capilarizados nos domicílios de todo o país, propõe a qualificação destes profissionais para realizar as VD, sob supervisão das ESF ou UBS, em especial sob a supervisão dos enfermeiros e, eventualmente, de profissionais de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2018c).

O principal objetivo do ACS é contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, para que isto acontece o profissional deve estar sempre em sentinela e vigilante, todas as informações que conseguir são úteis para nortear o seu trabalho e de sua equipe (PARANÁ, 2018b).

O principal instrumento de trabalho do ACS é a VD. O ACS realiza ao menos uma visita mensal para cada família de sua área de atuação, ampliando o número das visitas de acordo com as condições de saúde dos membros de sua área, sendo a puérpera e o RN grupos prioritários, que demandam abordagem especial (BRASIL, 2001)

A VD do ACS, na primeira semana de vida da criança, é uma ação prioritária de vigilância à saúde da mãe e do bebê e fundamental para incentivo, orientação e apoio à amamentação (BRASIL, 2004).

Durante a VD o ACS deve acompanhar as família e desenvolver ações de educação em saúde, estando atento ao que acontece em seu território e ao identificar situação de problema deve conversar com o indivíduo/família e encaminhá-lo para unidade de saúde ou retratar a situação a quem interessar da equipe de saúde (PARANÁ, 2018b), quanto ao RN deve buscar situações de risco e, orientar os pais e/ou cuidadores, com informações essenciais para os primeiros dias de vida de modo que faça também a promoção da saúde a estas famílias.

Destarte, a VD tem a potencialidade de conseguir efeitos positivos através da avaliação e realização de orientações com abordagem integral, tanto para correção de problemas diagnosticados, de cunho diverso: biológico, social ou emocional, bem como desempenhar papel de prevenção de agravos e a promoção da saúde (CUNHA; SÁ, 2013).

O Brasil preconiza a realização da primeira VD ao RN por profissionais das equipes de Atenção Básica à Saúde até o quinto dia de vida (BRASIL, 2011). Apesar da variação nas propostas de programas de VD e seus intervalos, converge em todas as ofertas de VD na primeira semana de vida do RN, em conformidade a recomendação da OMS.

Por fim os objetivos da primeira VD ao RN e sua família são: observar as relações familiares; facilitar o acesso ao serviço de saúde; possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de saúde; oferecer suporte emocional; estimular o desenvolvimento de parentalidade; orientar a família sobre cuidados com o bebê; identificar sinal de depressão pós-parto; promover o aleitamento materno; prevenir lesões não intencionais; e identificar sinais de perigo à criança (BRASIL, 2012a).

O aprofundamento a respeito da temática VD ao RN seguem apresentadas no capítulo 5.1 enquanto resultados de uma Revisão Integrativa de Literatura sobre o tema.

3.5 TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Os profissionais que atuam com práticas que envolvem o cuidado humano, precisam desenvolver de forma criativa e dinâmica estratégias para efetivação adequada e pleno desenvolvimento de suas atividades assistenciais, com base em evidências científicas (MORAES, 2013).

A tecnologia é composta pelo agrupamento de conhecimentos com o propósito de atender uma finalidade, controlar uma ação, indicando uma “maneira correta” de fazer, ou intervir em uma situação (NIESTCHE, TEIXEIRA e MEDEIROS, 2014).

Sob está ótica, o uso da tecnologia para a prática assistencial configura-se como uma ferramenta auxiliar, que qualifica a assistência e pode ser utilizada em todos os níveis de assistência, para diversos públicos, com o objetivo principal da promoção da saúde dos envolvidos (MORAES, 2013).

Em 1994, Gonçalves fez diferenciação entre as tecnologias de máquinas (tecnologias materiais) e, as tecnologias não materiais, associadas a materiais de trabalho a partir de conhecimento técnico e são essenciais para as relações de trabalho (GONÇALVES, 1994).

A palavra *Tecnologia* tem origem no grego com duas raízes: “*ofício*” e “*estudo*”, sendo que seu significado envolve traduzir em ferramentas, processo e materiais o conhecimento técnico e científico. E refere-se a procedimentos, métodos, ferramentas ou instalações para a realização ou obtenção de produtos e serviços (NIETSCHE, TEIXEIRA e MEDEIROS, 2014).

Com relação às tecnologias na área da saúde Merhy e Onocko (1997) classificaram-nas em três categorias: duras; leve-duras; e, leves. Sendo consideradas “duras” as que estão relacionadas às máquinas, “leve-duras” as que se relacionam a conhecimento técnico, por ter a parte dura da técnica, e “leves” embrenhadas em subjetividade se referem às relações entre trabalhadores e usuários.

A tecnologia tem o intuito de desenvolver metodicamente conhecimentos/saberes, dominar os processos e produtos para melhoria da prática, transformando o empirismo em cientificidade e para tal divide-se em duas grandes categorias: tecnologia de produto e tecnologia de processo (NIETSCHE, TEIXEIRA e MEDEIROS, 2014).

As categorias de produto estão relacionadas as que produzem resultados tangíveis e facilmente identificáveis, como equipamentos, ferramentas, instalações físicas. As tecnologias de processo são aquelas que incluem técnicas, métodos e procedimentos, conjunto de saberes e fazeres, utilizados para a obtenção de determinado produto buscando contribuir na resolução de um problema (NIETSCHE, TEIXEIRA e MEDEIROS, 2014).

Inicialmente, o conceito de tecnologia estava relacionado ao de técnica, e, transformou-se relacionando aspectos subjetivos e objetivos do cuidar, ultrapassando os conhecimentos tecnológicos estruturados proporcionando aos profissionais inúmeras possibilidades de ações. O uso das tecnologias no cuidado em saúde é capaz de promover a saúde e intensificar o vínculo entre profissional e cliente (MORAES DE SABINO et al., 2016).

Pensar no cuidado sob a perspectiva do uso da tecnologia, permite a reflexão acerca da capacidade inerente do ser humano em buscar inovações capazes de melhorar a qualidade de vida e sua satisfação pessoal (ROCHA et al, 2008).

Niestche após uma pesquisa com enfermeiros no Brasil apresenta três propostas de tipos de tecnologias: *Educacional*; *Assistencial*; e *Gerencial*. A construção de uma tecnologia para a realização da primeira VD ao RN por profissionais de saúde adapta-se à proposta da Tecnologia Assistencial. Está é descrita como a construção de um saber técnico-científico a partir da investigação de teorias e, sua correlação com a experiência cotidiana, afim de sistematizá-las para construção de um instrumento que venha a possibilitar a prestação de

assistência adequada e qualificada ao ser humano considerando suas diversas dimensões (NIESTCHE, TEIXEIRA e MEDEIROS 2014).

Perante o grande desafio da utilização de informações geradas constantemente pelos Sistemas de Informação e fortalecimento da comunicação efetiva, pode se dizer que no Brasil, e especificamente no município de Pitanga o diagnóstico das condicionalidades dos nascidos e a construção de uma tecnologia para embasar o primeiro e importante contato com os RNs e suas famílias na Atenção Básica é de suma relevância. E ainda, apresenta grande potencial para realização de trabalhos de prevenção e promoção de saúde para a redução da mortalidade infantil.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, com abordagem mista (quanti-qualitativa), norteada pela Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez.

A pesquisa metodológica desenvolve instrumentos habitualmente envolvendo métodos complexos e sofisticados, incluindo o uso de modelos com abordagem mista (quantitativa e qualitativa). Trata de investigações dos métodos para obtenção e organização de dados na condução de pesquisas rigorosas, como o desenvolvimento, avaliação e validação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

A meta do pesquisador no estudo metodológico é a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores e outras pessoas. Este tipo de estudo é aplicável a qualquer disciplina científica, cabível em casos de fenômenos complexos, como o comportamento ou a saúde dos indivíduos (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa de desenvolvimento metodológico é uma estratégia que utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para elaboração de uma nova intervenção ou melhora significativa de uma intervenção existente (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Considerando que a VD ao RN na primeira semana de vida, é uma ação fundamental para a vigilância da saúde e, a complexidade que envolve a construção e a validação de um instrumento que auxilie a equipe de saúde nesta ação, o objeto desta pesquisa requereu abordagens diferenciadas para aproximar as múltiplas facetas envolvidas nesse processo. Motivo este que favoreceu a opção pela abordagem mista, para lidar com os diversos dados gerados em toda trajetória da pesquisa.

A abordagem quantitativa empregada na pesquisa metodológica permite análise do grau de precisão do instrumento e, a abordagem qualitativa permite realizar análise descritiva, com base nas sugestões e comentários dos avaliadores a fim de valorizá-las, pensando em construir um instrumento que atenda seus objetivos e proporcione a satisfação do público-alvo (NASCIMENTO, 2012).

As duas abordagens são consideradas importantes, tendo em vista que possibilitam precisar e analisar sugestões, opiniões, contribuições e ideias dos sujeitos do estudo sob duas perspectivas. A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica

entre o mundo e o sujeito, na qual o conhecimento não se limita a uma relação de dados quantificáveis conectados por uma teoria explicativa. Na abordagem qualitativa, o pesquisador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes um significado (CHIZZOTTI, 2009).

E ainda, os dados que se relacionam a uma realidade visam obter elementos que possibilitem uma linguagem observacional, de modo a expressar generalizações com precisão e objetividade, estes dados são produzidos por meio de instrumentos padronizados (MINAYO, 2000).

Nesta pesquisa as duas abordagens sustentaram o processo de construção e validação da Tecnologia Assistencial e, se fizeram necessários na descrição subjetiva que envolveu a revisão de literatura e as discussões das oficinas, e também, para precisão objetiva das informações do instrumento da coleta de dados com ACSs e enfermeiros, e, a avaliação e validação do produto final da pesquisa, a Tecnologia Assistencial para nortear a primeira VD ao RN.

A Metodologia da Problematização com o Arco de Magueréz entende que as ações para o desenvolvimento do processo partem da observação analítica e crítica de um recorte da realidade, associado à temática eleita para o estudo, de onde se seguem um desenvolvimento de etapas propostas (BERBEL, 2012).

A Metodologia do Arco prevê cinco etapas, a saber: observação da realidade; definição do problema; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; e aplicação à realidade (COLOMBO e BERBEL, 2007). De modo que a metodologia é adequada para a condução de pesquisas científicas, com presença explícita de relação entre teoria e prática, um caminho especialmente convergente a formação profissional inicial ou continuada (BERBEL, 2012).

A descrição das atividades de pesquisa realizadas e utilização de cada etapa estão apresentados no quadro 3. Destaca-se que as etapas apresentadas são dinâmicas e entrelaçadas.

FIGURA 1- ARCO DE MAGUEREZ



FONTE: Bordenave 1998.

1ª etapa- Observação da realidade e elaboração da situação-problema:

Observação analítica e crítica da realidade para problematizá-la de modo a eleger um problema de estudo/investigação (BERBEL, 2012). Essa etapa se consistiu de observação rigorosa da prática, levando em consideração a vivência de uma das pesquisadoras, que atua no cenário há nove anos e, reforçada com a aplicação de um questionário aos ACS (APÊNDICE 1), que foi respondido por 56 (69%) dos 81 ACSs do município de Pitanga, e receberam o questionário no dia da reunião mensal e pelos seis profissionais de saúde de nível superior que participaram da primeira oficina, e o responderam antes da abertura da oficina. Estendendo-se até o final da pesquisa com a observação da realidade.

2ª etapa- Definição dos pontos-chave

Reflexão sobre possíveis fatores e determinantes principais do problema com aprestamento para definição de pontos-chave para o estudo (BERBEL, 2012). Essa etapa foi constituída pela reflexão dos achados da literatura e confronto com o contexto municipal vivenciado pela pesquisadora e suas hipóteses. Levou em consideração os questionários aplicados aos ACSs e enfermeiros, a apresentação do resultado dos questionários com debate integrado com os profissionais de saúde na primeira oficina, para a definição dos pontos-chaves, considerando os aspectos essenciais do problema.

3ª etapa- Teorização: A teorização ou estudo ou investigação desenvolve-se de modo a atender o desenvolvimento dos postos-chaves do problema (BERDEL, 2012). Esta etapa foi desenvolvida durante toda pesquisa, de modo individual pelas pesquisadoras e, nos grupos, com o desenvolvimento das Oficinas, a fim de confrontar os problemas da vivência com as evidências científicas. A primeira etapa de teorização gerou enquanto produto uma Revisão de Integrativa de Literatura que está apresentada nos resultados (Capítulo 5.1).

4ª etapa- Elaboração de pressupostos solução: Definição e elaboração de hipóteses para solução do problema, com base nas etapas anteriores (BERBEL, 2012). Esta etapa foi desenvolvida mediante os resultados coletados da revisão de literatura e, nas oficinas com profissionais de saúde que têm vivência no contexto, a primeira oficina obteve seis participantes, a segunda oito e a terceira nove, mais pesquisadora e observadora. E, assim, foi concretizada a elaboração conjunta de uma tecnologia assistencial para nortear a realização de uma abordagem holística durante a visita ao RN e sua família. E foi reafirmada como a validação da tecnologia por especialistas no assunto, a partir da aplicação de um instrumento elaborado pelas Autoras (APÊNDICE 4).

5ª etapa- Aplicação à realidade: Trata-se da aplicação de uma ou mais hipóteses para a solução, por meio de uma intervenção prática na realidade observada e estudada (BERBEL, 2012). Ocorreu com a capacitação dos 81 ACSs para a aplicação da **Tecnologia Assistencial para nortear a Primeira VD ao RN e família** bem como, com a apresentação e adesão pela Gestão Municipal para implementação do uso da Tecnologia.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O município de Pitanga fica na região central do Estado do Paraná, a aproximadamente 350 quilômetros da capital Curitiba. Possui uma área territorial de 1.665,901 km², com uma população estimada de 30.635 habitantes. A principal atividade econômica é a agropecuária (IPARDES, 2018).

FIGURA 2- LOCALIZAÇÃO DE PITANGA NO MAPA DO PARANÁ



Em Pitanga, há cerca de 30% dos domicílios sem coleta de lixo. Mais da metade das famílias é composta por dois a três integrantes. O IDH em 2010, foi de 0,7, com expectativa de vida de 73 anos ao nascer e, renda per capita média de 609,77, o que deixa o município na classificação nacional de 1.842 (IPARDES, 2018)

Possui 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo que destas, oito possuem ESF. As equipes de ESF são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e, cinco ACSs. Entretanto, sete das UBSs de Pitanga, estão localizadas na zona rural, uma delas fica a 40 quilômetros de distância da zona urbana, e possuem duas categorias profissionais diariamente na unidade, o técnico de enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde.

No ano de 2017, nasceram vivos no Paraná 155.066 e em Pitanga 439 crianças, segundo levantamento de dados no setor de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de

Saúde de Pitanga através do Sistema SINASC. E, houve a ocorrência de quatro óbitos em crianças menores de 1 ano, sendo dois classificados como Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal e, dois por Malformação Congênita, Deformidades, Anomalias Cromossômicas. Nenhuma ocorrência de morte materna (IPARDES, 2018).

No ano de 2018 nasceram vivos no Município de Pitanga 488 crianças, ocorreram cinco óbitos: malformação cardíaca; doenças afecções urinárias da mãe; sepse do RN devido infecção no período perinatal; displasia renal; e, uma de causa não definida (PITANGA, 2018).

A TMI em Pitanga foi de 9,11, em 2017 e, de 10,2/1000NV em 2018 (PITANGA, 2019). Entretanto, para municípios com populações pequenas é aconselhado o monitoramento pelo quantitativo de óbitos, tendo em vista que a ocorrência de um óbito apenas pode ter como desfecho taxas elevadas, devido o número todas de nascidos vivos ser baixo.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA NA CONSTRUÇÃO DA TECNOLOGIA

A definição dos participantes foi intencional, sendo assim, os participantes da pesquisa, foram profissionais de saúde convidados para auxiliar na construção da Tecnologia, em sua maioria os enfermeiros da APS que aceitaram participar da pesquisa. Justifica-se por ser o enfermeiro quem faz a supervisão direta dos ACSs, os quais são atores na maioria das vezes da primeira VD ao RN, em Pitanga-PR.

Os ACS são os principais visitantes dos RN, com capacidade para a realização da abordagem à primeira visita em todo o município, como a categoria profissional mais numerosa do *staff* municipal e, com distribuição territorial adequada. O PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Pitanga, possui cobertura de 100% do município e, assim é possível garantir a assistência a toda população.

Os ACSs não participaram das oficinas para construção da Tecnologia, tendo em vista o número elevado de profissionais e a dificuldade para trabalhar com o modelo de oficinas e a construção coletiva, onde a limitação do número de participantes garante mais qualidade na participação e acompanhamento, segundo Afonso (2013). Assim sendo, após o desenvolvimento da Tecnologia Assistencial, os ACS foram convocados pela Secretaria Municipal de Saúde para reunião de capacitação do instrumento, para que participassem da discussão do modo de utilização do instrumento nas VD aos RNs pitanguenses até o 5º dia de vida, implementada oficialmente na rotina de trabalho dos mesmos.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais de saúde que tem vínculo efetivo com a Secretaria Municipal de Saúde de Pitanga-PR, que atuam na APS a pelo menos 12 meses, para

que compreendessem a realidade do contexto. Como critério de exclusão os profissionais que se encontravam em férias ou licenciados, no período de desenvolvimento das Oficinas, ou que não aceitaram participar da pesquisa.

O quadro de enfermeiros de Pitanga caracteriza-se por profissionais com tempo significativo de atuação na APS. Em 2019, o profissional com menos tempo de atuação está a mais de quatro anos no Município, o que possibilita concluir que os mesmos conhecem o contexto da maioria das localidades e, poderão contribuir significativamente com a construção de um instrumento com abordagem integral.

O Quadro de enfermeiros em 2019, conta com 17 profissionais, sendo que uma atua na atenção especializada e três estão licenciados e uma é a pesquisadora, neste sentido, 13 foram convidados. O quadro de ACS conta com 81 servidores ativos, sendo que uma está afastada por tempo indeterminado. Todos os servidores elencados possuem vínculo com o Município, seis enfermeiros são CLT e 11 Estatutários; já todos os ACS apresentam vínculo CLT.

O contato com os participantes aconteceu após uma reunião com a Secretária Municipal de Saúde, explicando o teor da pesquisa e como seria a abordagem e o desenvolvimento da mesma. Após o recebimento de seu aval os participantes enfermeiros foram contatados e convidados de forma indireta o contato eletrônico (E-mail) com auxílio da equipe da secretaria municipal de saúde, para evitar a sensação de coação.

Os 11 enfermeiros que aceitaram construir e validar o instrumento, participaram conforme disponibilidade em suas agendas de atendimento, tendo em vista que nem todos participaram de todas as oficinas, mas esforçaram-se para ser multiplicadores, auxiliando, na etapa posterior, a de capacitação dos ACS para o uso adequando do instrumento e, com a supervisão dos mesmos. Enfatiza-se que 62 profissionais de saúde fizeram-se presentes na capacitação

Foi convidada uma médica que atuou na APS do Município, por estar na direção do Setor de Vigilância em Saúde durante o período da pesquisa, espaço físico que foram realizadas as reuniões e, que voluntariamente demonstrou interesse por participar das Oficinas e contribuir com a pesquisa.

Todos os participantes que aceitaram participar do estudo, após as explicações quanto aos objetivos e a garantia do anonimato, assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 ESTRATÉGIAS PARA COLETA, REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

4.4.1 Fase 1: Observação da realidade e elaboração da situação problema

Nesta fase além da vivência da pesquisadora foram coletados dados com os ACS e profissionais de saúde de nível superior por meio da aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas (APÊNDICE 1). Os questionários foram respondidos por 56 ACSs e por 6 enfermeiros, os dados extraídos foram organizados em planilhas no Excel®, tabulados para análise simples com número absoluto e proporcional e, os resultados expressos em quadros do Word® para interpretação.

As informações coletadas nas discussões da primeira oficina, relacionada à problematização da VD ao RN, foram registradas em diários de campo e, retomadas nas oficinas subsequentes para o (re) conhecimento das informações de modo a atender o objetivo da pesquisa participativa.

4.4.2 Fase 2: Definição dos pontos-chave

Os dados de maior frequência no resultado dos questionários dos ACS foram expostos em um quadro do Word® e, debatido na primeira oficina, de modo que, confrontando os achados com a revisão de literatura realizada pela pesquisadora, fossem percebidos os pontos-chave que deveriam compor a Tecnologia Assistencial, para que a mesma contribua com a realização de uma VD de qualidade ao RN e sua família.

Dentre eles, destaca-se a definição de que a Tecnologia deveria contemplar o máximo de informações possíveis para uma abordagem integral do RN e família. Estas foram sendo construídas nas etapas seguintes, atendendo aos achados da literatura científica e, respeitando as limitações técnicas do profissional ACS. Para tanto utilizou-se de linguagem clara e objetiva para facilitar a adesão e o manuseio no dia-a-dia do ACS, concluindo com melhor comunicação entre os mesmos, o enfermeiro e toda a equipe de saúde de Pitanga.

4.4.3 Fase 3: Teorização

A fase de teorização foi realizada durante toda pesquisa, com levantamento de dados relacionados às Políticas Públicas e, nos documentos Ministeriais que envolvem o tema. Foi

desenvolvida busca em base cinzenta, contudo de maneira sistematizada, com a construção de uma Revisão Integrativa de Literatura sobre o tema VD ao RN, norteada pela referência de GANONG, que está apresentada no Capítulo 5.1 deste trabalho.

4.4.4 Fase 4: Elaboração de Hipóteses de Solução

Esta fase foi amparada pela fase de Teorização e desenvolvida através da construção da **Tecnologia Assistencial para primeira VD ao RN**, para a qual se utilizou a estratégia de oficinas. Os dados de maior relevância para atender os pontos-chave e a resolução dos problemas foram registrados a cada oficina em um esboço tipo blocos de informações, para que pudesse compor a Tecnologia. No encontro seguinte o esboço era retomado, debatido e, ajustado ou acrescido de dados e informações, conforme necessário e, respeitando as bases científicas além da contribuição prática dos participantes.

A preparação de uma oficina para Afonso (2013) é envolta por quatro momentos: 1. a *Demanda* que deve justificar o trabalho e, no primeiro contato levar a articulação de um contrato inicial que defina o foco do trabalho; 2. a *Pré-análise*, via de regra a identificação de uma demanda já está associada a uma pré-análise, que inclui o levantamento de dados que poderão ser relevantes para o trabalho na oficina; 3. o *Foco e Enquadre* que se relacionam a uma definição de espaço e tempo para realização que deve acolher os temas gerados nas discussões, mas, ser norteado pelo coordenador, enquadrando os temas gerados em vista do foco que define o eixo do trabalho, para o alcance dos objetivos propostos; e o 4. O *Planejamento Flexível*, isto o coordenador se prepara, se qualifica para a condução das oficinas, antecipa temas e estratégias, contudo, precisa estar ciente e preparado para acompanhar o grupo que pode conduzir a mudanças quanto ao planejamento inicial e, suscitar a revisão por parte do coordenador com ajuste a seu planejamento prévio.

Após as quatro fases apresentadas se inicia o processo das oficinas, que demanda a definição de um contrato com o grupo, com acordos necessários quanto horários, local, esclarecendo cuidados éticos e, a liberdade de expressão para contribuição dentro do grupo (AFONSO, 2013).

Independendo o número de encontros propostos, cada um deles deve ser estruturado com pelo menos três momentos básicos: *Momento Inicial de preparação* do grupo para o trabalho do dia, que dura em torno de 10 minutos e, pode ser realizado por meio de um relaxamento, aquecimento com brincadeira, ou mesmo uma conversa que atualize o grupo para

a proposta do dia; *Momento Intermediário* que envolve atividades variadas que facilitem a reflexão e a elaboração do tema como a exposição e análise de informações; e o *Momento de Sistematização e Avaliação* do trabalho, para permitir que o grupo visualize sua produção (AFONSO, 2013).

Para a condução da oficina o coordenador deve adotar um papel ativo, incentivador, mas não impositivo. De modo que a oficina não seja um método para manipulação, mas um método participativo de análises, onde os processos geram uma produção do grupo, a oficina é um método de construção coletiva (AFONSO, 2013).

Para atender ao objetivo desta pesquisa, foram propostas e planejadas três oficinas (APÊNDICE 2). Os dados coletados foram registrados em Diário de Campo das Oficinas (APÊNDICE 3). O Diário de Campo consiste em uma forma de registro de observações, comentários e reflexões, que pode ser utilizado para registros de atividades de pesquisa ou para registros de processos de trabalho, facilitando o hábito de observar com atenção, descrever de maneira mais precisa para a reflexão sobre algum acontecimento (FALKEMBAC, 1987).

O Diário de Campo deve garantir a sistematização e o maior detalhamento possível, sua realização deve ser diária, conter a data da coleta das informações e organizar-se em três partes: 1. descrição (do que foi observado); 2. interpretação do observado (momento de conceituação e relação dos fatos com suas possíveis consequências); e, 3 registro das conclusões preliminares, dúvidas, imprevistos e desafios (FALKEMBAC, 1987).

As anotações no Diário de Campo contemplam informações descritivas e, se constituem no primeiro passo para a compreensão de um fenômeno em seu contexto, capaz de captar a dinâmica das relações, que é um requisito essencial da pesquisa qualitativa. E, as informações de cunho analítico-reflexivo que indicam a necessidade de serem aprofundadas, buscando dar significado e explicações aos fenômenos apreendidos (TRIVIÑOS, 1987).

Este instrumento de observação pré-elaborado contou com um modelo de diário de campo (APÊNDICE 3) para registrados dos aspectos relevantes de organização, planejamento, dinâmica das reuniões, a descrição de diálogos, depoimentos, a descrição dos eventos que ocorreram; e, das novas ideias que surgiram, problemas encontrados, resoluções, expectativas, opiniões, conflitos, pontos a serem esclarecidos e, outras observações realizadas pela pesquisadora no momento das oficinas.

No desenvolvimento das oficinas as informações selecionadas na literatura, a partir da análise dos textos, seus principais achados relacionados à VD ao RN e, as pontuadas nos discursos, atentando-se para o resultado dos questionários dos ACS e o contexto municipal,

foram descritas em seis blocos a saber: 1. Identificação da mãe; 2. Antecedentes obstétricos; 3. Parto/Mãe/Puerpério; 4. Amamentação; 5. Recém-Nascido; 6. Condição atual da criança, e um espaço com orientações consideradas relevantes para inclusão no instrumento.

Como a etapa de teorização permeou todo processo da pesquisa, a seleção do conteúdo de cada tópico contemplou as informações apresentadas referentes à Revisão Integrativa de Literatura, a Documentos Ministeriais como a Linha Guia Mãe Paranaense, e outras buscas realizadas também durante as oficinas. Seguiu-se então a elaboração textual, que foi sendo moldada de acordo com a literatura e, as percepções dos profissionais.

Ao final da segunda Oficina essas informações foram transferidas e organizadas em um documento digital, no molde de formulário, com os seis blocos de informações, respeitando uma lógica de abordagem na VD e, as demais informações foram alocadas em caixas de texto e notas de rodapé.

Os tópicos continham uma diversidade de informações científicas, com linguagem técnica e que poderia dificultar a compreensão, tendo em vista que principal público para o uso da tecnologia, seriam os profissionais Agentes Comunitários de Saúde. Nesta perspectiva, foi importante a identificação dos termos técnicos e sua transformação para uma linguagem mais popular, facilitando compreensão de qualquer profissional da APS. Assim as informações foram escritas na linguagem simples, de uso popular, na voz ativa, com emprego de palavras curtas.

QUADRO 3 - ORGANIZAÇÃO DAS OFICINAS PARA APREENSÃO DOS DADOS, PITANGA-PR, 2019

OFICINA	MOMENTO DO ARCO	OBJETIVOS	PARTICIPANTES
1ª	Observação da realidade. Teorização. Pontos-chaves.	APRESENTAR os objetivos da pesquisa e cativar os participantes; IDENTIFICAR a partir da contribuição dos profissionais de saúde, das particularidades regionais que devem ser levadas em conta para a construção do instrumento e, ELENCAR os pontos chave para a condução da construção de uma tecnologia assistencial para a primeira VD ao RN em Pitanga-PR.	<i>Profissionais de Saúde</i>
2ª	Teorização Hipóteses e soluções	TEORIZAR: promover o embasamento científico do cuidado ao neonato na primeira visita, incluindo a vivência dos participantes. CATALIZAR o consenso das informações necessárias para compor a tecnologia aplicável a VD ao RN.	<i>Profissionais de Saúde</i>

3ª	Teorização e Hipóteses e soluções	LAPIDAR: Apresentar a tecnologia para avaliação dos profissionais de saúde participantes, promover os ajustes sugeridos com fundamentação e validar junto aos profissionais de saúde participantes e gestores de saúde do Município o instrumento para a realização da primeira VD ao RN em Pitanga-PR.	Profissionais de Saúde
4ª	Aplicação a realidade	CAPACITAR: Os Agentes Comunitários de Saúde para o uso da tecnologia assistencial na primeira VD ao RN no Município de Pitanga-PR.	Pesquisadora e Agentes Comunitários de Saúde

FONTE: As autoras (2018).

Para avaliação de cada Oficina foram distribuídas sobre a mesa, tarjetas coloridas, com os seguintes dizeres: *perdi meu tempo*; *regular*; *boa*; *ótima* e, um espaço para sugestão (FIGURA 3). Os participantes foram orientados marcar uma opção e colocar em uma caixa receptora para que a pesquisadora pudesse contar com a emissão de juízo da Oficina, pelos participantes. Estratégia que permitiu análise e melhorias ou adequações para as Oficinas seguintes.

FIGURA 3 - AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO OFICINA N- DATA: __/__/__



PERDI TEMPO () RUIM () REGULAR () BOA () ÓTIMA ()

SUGESTÃO: _____

4.4.5 Fase 5: Aplicação à realidade

Para esta fase o formulário (Tecnologia Assistencial) desenvolvido pelo grupo nas Oficinas coordenadas pela pesquisadora, foi encaminhado para avaliação de especialistas na temática, a fim de realizar a validação.

Viana (1982), indica o número mínimo de três juízes, um número ímpar para evitar o empate de ideias. Após a seleção os juízes/especialistas foram contatados via telefone e posteriormente, receberam via e-mail, a carta convite, a tecnologia e, o instrumento para avaliação e validação.

Quanto ao critério para seleção dos juízes foi que fossem profissionais atuando na área de saúde materna e/ou infantil e, que detivesse conhecimento relacionado ao tema/objeto do estudo. Assim, a primeira profissional e especialista convidada foi à única médica pediatra que atua na APS do Município, tendo em vista seu conhecimento profissional, sua especialização na área e, sua visão do contexto, somado ao fato de que atua também no único hospital e, atende situações que chegam com complicações e agravos. A seguir, convidou-se a Coordenadora Estadual de Saúde da Criança e, a Coordenadora Estadual de Saúde da Mulher e, do Programa Mãe Paranaense, pois este visa a melhoria na qualidade da atenção à saúde materna infantil.

Os juízes/especialistas selecionados primeiramente contatos via telefone do local de trabalho, posteriormente, receberam a carta convite enviada por e-mail, onde a pesquisadora principal se identificou, e informou sobre o objetivo do estudo de desenvolvimento da tecnologia. Foi anexado ao e-mail o instrumento de avaliação da tecnologia pelos juízes e, uma versão do formulário para realização da VD ao RN (APÊNDICE 4). Foi solicitada a devolução do instrumento em até cinco dias, para o cumprimento do cronograma da pesquisa.

Para a avaliação e validação da Tecnologia pelos Juízes com *expertise* no assunto foi entregue um instrumento, elaborado com base na escala de *Likert* (COLUCI; ALEXANDRE; e MILANI, 2015), oportunizando a escolha de entre três parâmetros por bloco de informações do instrumento, sendo eles: 1 *adequado*, opção para os que concordassem plenamente com as informações; 2 *parcialmente adequado* para os que concordassem parcialmente mas, tivessem sugestões de ajuste e; 3 *inadequado* para os profissionais que discordassem totalmente com as informações e, espaço para que sugerissem as mudanças necessárias.

Os juízes responderam ao questionário contendo perguntas referentes à avaliação do conteúdo do instrumento com itens distribuídos em sete blocos, como relacionados abaixo. E, ao lado de cada bloco foi disponibilizado espaço para comentários gerais e sugestões.

Bloco 1 - Identificação da mãe;

Bloco 2 - Antecedentes Obstétricos;

Bloco 3 - Parto/Mãe/Puerpério;

Bloco 4 - Amamentação;

Bloco 5 – Recém-Nascido;

Bloco 6 – Condição atual da criança e;

Bloco 7 – Outras Informações do instrumento. Ao lado de cada bloco foi disponibilizado espaço para comentários gerais e sugestões.

Para Validação dos resultados encontrados nas avaliações dos juízes, foi realizado cálculo com base no Índice de Validação de Conteúdo (IVC). Após a validação a pesquisadora apresentou à Tecnologia à Gestão Municipal, realizou a capacitação dos ACS (ocorrida em 12 de junho de 2019) para o uso e, posteriormente, a apresentação ao Conselho Municipal de Saúde, tendo em vista o comprometimento da Gestão em sua implementação.

Para capacitação dos ACSs, os profissionais foram convocados pela SMS e reunidos no auditório do Centro Cultural, receberam cópias impressas da **Tecnologia Assistencial para Primeira VD ao RN e família** de modo que pudessem acompanhar a capacitação e questionar nos casos de dúvidas ou sugestões e, para levar e utilizar às suas atividades laborais.

A pesquisadora procedeu a uma aula expositiva e dialogada, com apresentação e explicação detalhadas dos componentes de cada Bloco e, abordou também os cuidados a serem tomados em cada VD.

Foi pactuado que no decorrer do ano, outras reuniões ocorreriam para *feedback* e discussão de dúvidas que ocorressem com a aplicação da Tecnologia.

4.5 ANÁLISES DOS DADOS DO PRODUTO

A análise dos dados contidos na Tecnologia Assistencial ocorreu pelo Índice de Validação de Conteúdo (IVC) para cada questão e, para o cálculo do IVC, empregou-se escala tipo *Likert*, na qual as respostas 3 e 4 representaram elevado índice de aceitação (COLUCI; ALEXANDRE e MILANI, 2015). O *escore* de concordância deveria atingir, no mínimo, 70% entre as opiniões para que o instrumento fosse considerado válido (NIESTCHE, TEIXEIRA e MEDEIROS 2014), o qual foi adotado nesta pesquisa.

O processo de validar o conteúdo indica a realização de uma análise minuciosa do instrumento, com o objetivo de analisar se os itens propostos são relevantes para o fim proposto. Os instrumentos passam pela apreciação de especialistas, e estes podem corrigir, acrescentar e, modificar os itens (POLIT; BECK, 2011), todas as sugestões realizadas pelos especialistas foram incluídas neste estudo.

A mensuração é um dos meios pelos quais são descritos e acessados dados para compreensão de fatos e fenômenos, a escala de *Likert* é um instrumento de pesquisa que permite a mensuração de construtos como atitudes, percepções, interesses entre outros, essa escala é usada para medir concordância de pessoas a determinadas afirmações relacionadas a construção de um interesse (SILVA JÚNIOR e COSTA, 2014).

Para ser considerado válido o instrumento precisa que seus escores correspondam a critérios. O coeficiente de validade é calculado através de uma fórmula matemática que correlaciona os escores do instrumento e da variável do critério. Os coeficientes podem variar de 0,00 a 1,00, onde valores mais elevados indicam maior validade do critério. São desejáveis coeficientes de 0,70 ou mais, indicando em que medida as opiniões dos especialistas são congruentes. (POLIT; BECK, 2011).

Coluci, Alexandre e Milani (2015) citam que a taxa de concordância aceitável entre os juízes para avaliação dos itens individualmente deve ser superior a 0,7840, índice que foi aplicado nesta pesquisa.

A análise de cada questão é realizada individualmente. Para calcular o IVC de cada questão, é preciso somar às respostas A (adequada) e PA (Parcialmente adequada) e dividir a soma pelo número total de resposta. Deste modo: $IVC = \text{N}^\circ \text{ de respostas A e PA} / \text{N}^\circ \text{ total de respostas}$ (POLIT; BECK, 2011).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa oferece risco mínimo, mas, existe o risco de se sentirem angustiados com o tempo dispendido ou constrangidos, por algum motivo, nas discussões. Para minimizar estes riscos, houve apenas a participação dos servidores na condição de voluntários e, se teve o cuidado para que as Oficinas fossem objetivas e, com respeito ao horário marcado para o início e o término.

Quanto à capacitação dos ACS os riscos foram os mesmos, buscou-se deixá-los à vontade para questionar, todas as dúvidas foram valorizadas. Houve atenção também com a pontualidade e objetividade.

A fim de garantir o anonimato dos participantes foram utilizadas a sigla ACS, ou a palavra Enfermeiro seguida por numerais cardinais em ordem crescente, exemplo: ACS 1, ACS 2, ACS 3 e, assim consecutivamente.

Ocorreu esclarecimento sobre a importância da participação consentida, e os cuidados com anonimato e sigilo dos participantes, segundo a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, e aprovado sob o parecer número 2.923.134, de 27 de setembro de 2018, que se apresenta como Anexo 1, cujo título é: *Primeira Visita Domiciliar ao Recém-Nascido na Atenção Primária à Saúde*, vinculado ao Grupo de Pesquisa Tecnologias

e Inovações na Saúde (TIS), do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná, coordenado pela Professora Daiana Kloh Khalaf, co-orientadora desta pesquisa, com participação da Professora Márcia Helena de Souza Freire, orientadora da presente.

Outro cuidado tomado foi com relação à competência técnica dos ACS, sendo que o instrumento construído respeita a possibilidade de atuação da categoria profissional, dentro de sua habilitação, mas, pode também, ser utilizada por outros profissionais na APS, os quais estejam habilitados para a realização da primeira VD ao RN.

5 RESULTADOS

5.1 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

O ESTADO DA ARTE DA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

A visita domiciliar é uma estratégia para se atuar integralmente na prevenção e promoção da saúde do recém-nascido e sua família. **Objetivo:** Analisar publicações científicas nacionais e internacionais sobre visita domiciliar ao recém-nascido. **Método:** Revisão integrativa da literatura nas bases Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e Biblioteca Virtual de Saúde, recorte temporal 2014-2018, utilizando os descritores: Recém-Nascido, Visita Domiciliar e Saúde, totalizando 27 artigos, organizados em categorias para análise. **Resultados:** Os estudos foram: desenvolvidos no Continente Africano (37%); publicados no Reino Unido (48%); de abordagem quantitativa (66%); estudos randomizados controlados (25,9%). Na análise de conteúdo as categorias emergentes foram: Estratégias de melhoria da saúde; Modelos globais para o desenvolvimento das visitas domiciliares ao recém-nascido e, seus impactos; e Barreiras e dificuldades para realização da visita domiciliar. **Conclusão:** Apesar da não identificação de uma padronização científica relativa à visita domiciliar ao recém-nascido, há evidências globais dos benefícios à saúde materna e neonatal, sobretudo, nos países em desenvolvimento.

Descritores: Recém-Nascido; Visita Domiciliar; Saúde.

ABSTRACT

Home Visits are a strategy to act in prevention and health promotion to Newborn and his family in an integral way. **Objective:** To analyze national and international scientific publications on home visits to the Newborn. **Method:** Integrative literature review at Scientific Journals Portal of Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) and Virtual Health Library, 2014-2018 period, using descriptors: Newborn, Home Visit and Health, totaling 27 articles. **Results:** Studies Were mainly developed in African Continent (37%) published in United Kingdom (48%); 66% had a quantitative approach and 25,9% were randomized controlled trials. Emerging content analysis categories: "Health Improvement Strategies"; "Global Models for Development of Home Visits to the Newborn and its Impacts"; and

"Barriers and difficulties to carry out home visits". Conclusion: Home visits to the Newborn have not been carried out under scientific standards, however evidences show benefits to maternal and neonatal health, especially in developing countries.

Descriptors: Newborn; Home Visit; Health.

INTRODUÇÃO

Atenção Primária em Saúde se caracteriza por um conjunto de ações que visam à promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, fundamentada na superação da fragmentação dos sistemas para o efetivo alcance da resolutividade na atenção à saúde (STARFIELD, 2002). Estas ações, que determinarão o contexto da saúde pública nas regiões, têm relevância crescente no cenário mundial. Destaca-se de entre elas a vigilância, está caracterizada por ações articuladas que visam o controle dos determinantes para riscos ou danos à saúde, incluindo abordagens individuais ou coletivas, sob a ótica da integralidade do cuidado (BRASIL, 2018).

E, como uma das estratégias de vigilância em saúde, encontra-se a VD para a abordagem e monitoramento às necessidades de saúde da população adstrita. A OMS, apresenta a VD como uma estratégia aplicada para prevenção da morbimortalidade infantil, e recomenda que seja realizada ao RN e à sua família ainda na primeira semana de vida (WHO, 2013).

A VD é uma prática comum e crescente em muitos países, devido sua capacidade de impactar na melhoria de indicadores relacionados à saúde materno-infantil, com potencial para a promoção da saúde, prevenção de agravos e, consequente, redução da morbimortalidade (LASSI et al., 2014; MAIA et al., 2018; MILLER, 2015; LASSI et al., 2016). A aproximação dos profissionais de saúde ao RN e sua família, em momento complexo de transição na rotina familiar que demanda atenção e cuidado, é estratégica para o (re)conhecimento das complicações que necessitem de encaminhamento para sua resolução (BRASIL, 2012a).

Portanto, é imprescindível que aconteça a VD após a alta hospitalar para que seja garantida a continuidade do cuidado apropriado. Esta ainda, favorecerá a construção do vínculo entre a família e a equipe de saúde, promoverá o fortalecimento e autonomia familiar e, privilegiará os cuidados domiciliares seguros ao RN (SANTOS et al., 2014).

Publicações científicas internacionais apontam para iniciativas de VDs implementadas para promoção do desenvolvimento e do cuidado infantil com qualidade, priorizando as

famílias / mães em maior vulnerabilidade social e econômica (MILLER, 2015; MORRE et al., 2012).

No Brasil, a VD é uma das atribuições dos profissionais de saúde que atuam na APS, dentre os quais se destaca o ACS, todavia pode ser conduzida também por profissional médico ou enfermeiro (BRASIL, 2017), e acontecer na primeira semana de vida do RN e sua família (BRASIL, 2011).

Contudo, neste cenário se tem observado que persistem ocorrências de complicações neonatais, especialmente precoce, como: os óbitos evitáveis; a não implementação da estratégia da VD à totalidade das famílias; e, a ausência de abordagem multiprofissional (MEDEIROS; COSTA, 2018).

Sob esta ótica, destaca-se a relevância da análise das publicações nacionais e internacionais que abordem as VD ao RN. Assim, o presente estudo busca responder à questão *“Qual é o estado da arte, nacional e internacional, relativo à visita domiciliar ao recém-nascido?”*.

OBJETIVO

Analisar as publicações científicas nacionais e internacionais sobre a VD ao RN.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com levantamento sistemático de informações sobre o tema VD ao RN. Foram desenvolvidas seis etapas preconizadas por Ganong (GANONG, 1987), a saber: elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e, busca na literatura; coleta de dados mediante a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos; análise crítica dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e, apresentação da revisão integrativa através da síntese do conhecimento (GANONG, 1987).

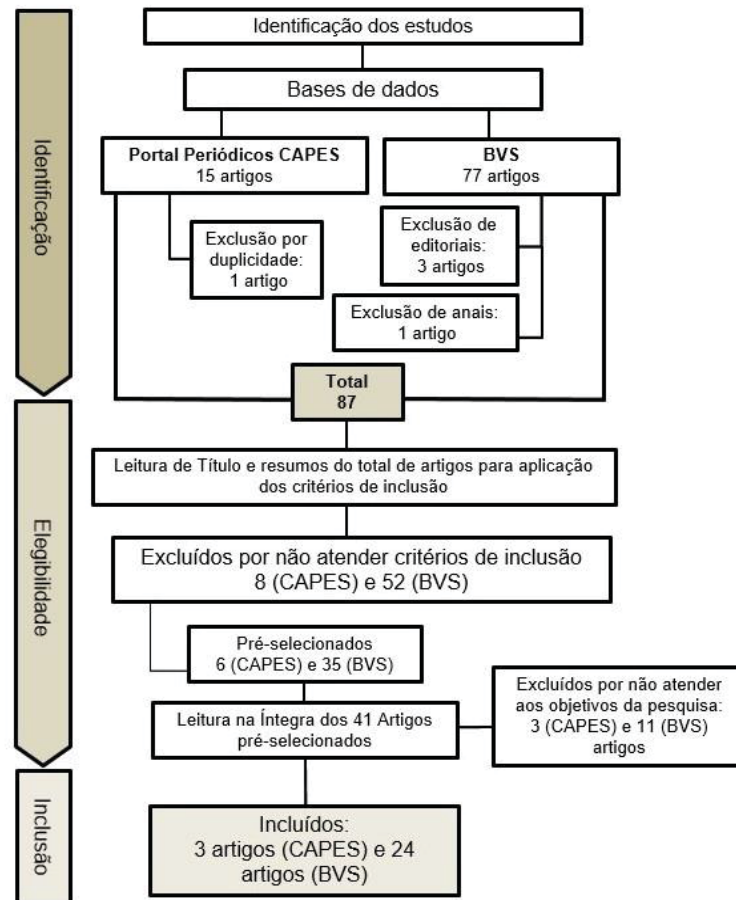
Selecionadas publicações no período de 2014 a 2018, sem restrição de idioma, cujo objetivo geral e/ou específicos referiam-se à VD ao RN. Os critérios definidos para a inclusão foram: trabalhos derivados de pesquisas e relatos de experiências; artigos originais; e, revisões sistematizadas.

Como critérios de exclusão, apontam-se: pesquisas e relatos de experiências em formato de trabalhos de conclusão de curso de graduação, de especialização e relatórios de pesquisa; artigos originais e relatos de experiência publicados em outros meios de comunicação, que não os periódicos científicos; artigos do tipo ensaio teórico, reflexões, revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais, livros, capítulos de livros e boletins informativos; estudos que não atenderam ao objetivo desta pesquisa; e, estudos não disponibilizados integralmente *on-line*.

Procedeu-se à pesquisa primária, entre 03 de janeiro a 02 de fevereiro de 2019, com aplicação da estratégia, de acordo com o PICO, no qual: P _{População}= Recém-Nascido ou Neonato; I _{Intervenção}= Visita Domiciliar; C _{Comparação}= Não aplicada; O _{Desfecho}= Saúde. Foi utilizada a seguinte estratégia de busca: (("Recém-Nascido" OR Neonato) AND "Visita Domiciliar" AND Saúde).

Com relação às Bases de Dados optou-se, após sondagem prévia do quantitativo e relevância das publicações, pelo Portal de Periódicos da CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior, site <<http://www.periodicos.capes.gov.br/>>, do qual foram analisadas três publicações científicas de 15 previamente selecionadas; e, da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), site <www.regional.bvsalud.org>, com análise de 24 dentre 77, selecionados, conforme apresentado no *flow-diagram* da Figura 1.

FIGURA 4 FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS QUE COMPUSERAM A REVISÃO INTEGRATIVA



CAPES = Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior;

BVS = Biblioteca Virtual em Saúde

FONTE: autoras 2019.

Portanto, todos os estudos identificados na estratégia de busca, após aplicação dos critérios de inclusão foram inicialmente avaliados com análise dos títulos e resumos. Em situações nas quais os títulos e os resumos não se mostraram suficientes, procedeu-se à leitura na íntegra da publicação, encerrando esta etapa da busca com 27 trabalhos incluídos na revisão integrativa.

Na sequência, aplicou-se um instrumento de apoio para a extração e análise dos dados dos estudos, no programa Microsoft Office Excel®, composto pelas seguintes variáveis: ano; título; autores, formação e vinculação; natureza do estudo; objetivo; metodologia; principais resultados de interesse; e, conclusões. As etapas de extração e análise foram realizadas por dois revisores independentes.

Quanto à autoria, houve dificuldade significativa para obtenção das informações relativas ao vínculo institucional e atuação dos autores, impossibilitada assim a síntese desta variável.

A organização dos dados de algumas das variáveis, ocorreu na perspectiva da análise de conteúdo de Bardin, do tipo categorial temática, respeitando três fases: a pré-análise; a exploração do material; e, o tratamento dos resultados obtidos (BARDIN, 2016).

Na pré-analítica foi realizada leitura flutuante para apropriação do conteúdo, aproximação das particularidades e, sistematização das principais ideias. A seguir, feita exploração do material com leitura minuciosa, agrupando núcleos de sentido para estruturar as categorias. As categorias foram construídas por convergência, considerando a análise das variáveis: objetivos; resultados; discussão; e, conclusão das publicações científicas. E, por fim, o tratamento dos resultados obtidos utilizando-se de processo interpretativo (BARDIN, 2016). A sustentação teórica da presente revisão foi desenvolvida à partir da abordagem às categorias.

Devido tratar-se de Revisão Integrativa de literatura, sem envolvimento direto com os sujeitos dos estudos analisados, não foi encaminhada a proposta para o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. Para a garantia da qualidade, confiabilidade e do rigor científico os achados das publicações foram revisados por dois pesquisadores, e atenderam à algumas recomendações possíveis do *check-list* com as recomendações PRISMA - Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises (GALVÃO, 2015).

RESULTADOS

Este capítulo apresenta as variáveis analisadas nesta revisão desde o perfil dos estudos segundo as variáveis traçadas até as categorias estruturadas para análise.

Caracterização das publicações na temática da visita domiciliar ao recém-nascido

Os 27 estudos selecionados foram publicados entre 2014 a 2018 e, distribuídos ano a ano da seguinte maneira: 2014 - 8 estudos (29,6%); 2015-6 estudos (22,2%); 2016-5 estudos (18,5%); 2017-2 estudos (7,4%); e, 2018- 6 estudos (22,2%), conforme apresentado na Tabela 1.

TABELA 1 DISTRIBUIÇÃO DAS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS DA REVISÃO INTEGRATIVA SEGUNDO BASE DE DADOS, ANO, PAÍS DE PUBLICAÇÃO, NOME DOS AUTORES E TÍTULO

ANO E LOCAL DO ESTUDO	AUTORES	TÍTULO
CAPES		
2014 Brasil	SANTOS et al.	Percepção das mães dos bebês prematuros sobre as visitas domiciliárias antes e depois da alta.
2018 Brasil	MAIA et al.	Visitas domiciliares inovadoras e a saúde materno-infantil.
2018 Brasil	MEDEIROS; COSTA	Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

BVS		
2014 Ásia- Paquistão	LASSI et al.	Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings.
2014 Brasil	MAZZO; BRITO e SANTOS	Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto.
2014 China	CHEN et al.	Coverage, quality of and barriers to post-natal care in rural Hebei, China: a mixed method study.
2014 África Subaariana	PENFOLD et al.	Effect of home-based counselling on new born care practices in southern Tanzania one year after implementation: a cluster-randomised controlled trial.
2014 Ásia/Índia	MAZUMDER et al.	Effect of implementation of integrated management of neonatal and child hood illness programme on treatment seeking practices for morbidities in infants: cluster randomised trial.
2014 África-Gana	ANSAH MANU et al.	Evaluating the implementation of community volunteer assessment and referral of sick babies: lessons learned from the Ghana New hints home visits cluster randomized control ed trial.
2014 África e África do Sul	TOMLINSON et al.	Goodstart: a cluster randomize defective ness trial of an integrated, community-based package for maternal and new born care, with prevention of mother-to-child transmission of HIV in a South African town ship.
2015 África e Ásia	KOZUKI et al.	A systematic review of community-to-facility neonatal referral completion rates in Africa and Asia.
2015 África- Quênia	MASCARENAS et al.	The promise of home visitation y community heal th workers in rural Kenya: A protective effect hatr educes neonatal illness.
2015 África Subsaariana	DUYSBURGH et al.	Opportunities to improve post partum care for mothers and infants: design of context-specific packages of postpartum interventions in rural districts in four sub-Saharan African countries.
2015 EUA	MILLER	Projected Outcomes of Nurse-Family Partnership Home Visitation During 1996-2013, USA.
2015 Uganda	WAISWA et al.	Effect of the Uganda New born Study on care-seeking and care practices: a cluster-randomised controlled trial.
2015 EUA	PARKER; WARMUSKERKEN e SINCLAR	Enhancing neonatal wellness with home visitation.
2016 África- Gana	PITT et al.	Cost and cost-effectiveness of newborn home visits: findings from the New hints cluster-randomised controlled trial in rural Ghana.
2016 África	KANANURA et al.	The neonatal mortality and its determinants in rural communities of Eastern Uganda.
2016 Vários países	LASSI et al.	Strategies for improving health care seeking for maternal and newborn illnesses in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.
2016 Uganda- África	MANGWI AYIAGI et al.	Effect of Village Health Team Home Visits and Mobile Phone Consultation son Maternal and Newborn Care Practices in Masindi and Kiryandongo, Uganda: A Community-Intervention Trial.
2016 Boston- EUA	AWINDOAGO et al.	Predictors of care giver satisfaction with visiting nurse home visits after NICU discharge.
2017 EUA	CASEY et al.	Home Visiting and the Health of Preterm Infants.
2017 Nepal	MÂLQVIST et al.	Essential newborn care after home delivery in Nepal.
2018 África- Etiópia	AMARE et al.	Early postnatal home visits: a qualitative study of barrier sand facilitators to achieving high coverage.
2018 BRASIL	LUCENA et al.	Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.
2018 Afeganistão	EDMOND et al.	Can community health worker home visiting improve care-seeking and maternal and newborn care practices in fragil estates such as Afghanistan? A population-based intervention study
2018 África, Índia e Ásia	MCPHERSON; HODGINS	Postnatal home visitation: Lessons from country programs operating at scale.

Fonte: Estudos que compuseram a revisão integrativa advindos da CAPES = Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior; BVS = Biblioteca Virtual em Saúde, organizados pelas autoras 2019.

Em relação aos continentes de desenvolvimento dos estudos selecionados totalizaram 9 (33,3%) publicações no Continente Americano, das quais: 5 (18,5%) na América do Sul, especificamente no Brasil (SANTOS et al., 2014; MAIA et al., 2018; MAZZO et al., 2014; LUCENA et al., 2018; MEDEIROS, COSTA, 2018); 4 na América do Norte (14,8%), todas nos Estados Unidos (CASEY et al., 2017; MILLER, 205; AWINDOAGO et al., 2016;

PARKER et al., 2015). No Continente Africano foram 10 estudos (37,0%) (AMARE et al., 2018; PITT et al., 2016; AANSAH MANU et al., 2014; MASCARENAS et al., 2015; PENFOLD et al., 2014; WAISWA et al., 2015; MANGWI AIAGI et al., 2016; TOMLISON et al., 2014; KANANURA et al., 2016), sendo: 9 (33,3%) especificamente em países da região da África Subsaariana. Continente Asiático com 4 estudos (14,8%) (LASSI et al., 2014; EDMOND et al., 2018; CHEN et al., 2014; MÂLQUEVIST et al., 2017).

Alguns estudos envolveram mais de uma região, à saber: 1 estudo (3,7%), África e Ásia (KOZUKI et al., 2015); 1 estudo (3,7%), Ásia e Índia (MAZUMDER et al., 2014); 1 estudo (3,7%), África, Ásia e Índia (MCPHERSON, HODGINS, 2018); 1 (3,7%), incluiu diversos países e continentes diversos (LASSI et al., 2016).

Com relação à variável que indica o profissional responsável pela VD no Brasil, 4 publicações (80%) (SANTOS et al., 2014; MEDEIROS, COSTA, 2018; MAZZO et al., 2014; LUCENA et al., 2018) abordam-na realizada pelo profissional Enfermeiro e, 1 (20%) (MAIA et al., 2018) propõe que seja realizada qualquer membro da equipe de Atenção Primária à Saúde do local. Nos Estados Unidos da América, 1 estudo (25%) (CASEY et al., 2017) atribuiu a visita à uma equipe multiprofissional e, os demais (75%) (AWINDOAGO et al., 2016; PARKER et al., 2015; MILLER, 2015) por enfermeiras. Na Ásia, a realização da VD ao RN é realizada por agentes comunitários de saúde (LASSI et al., 2014; KOZUKI et al., 2015) ou por algum profissional de saúde (MÂLQUEVIST et al., 2017), sendo que na China é evidenciada sua realização por um profissional de saúde materno infantil (CHEN et al., 2014). Na África, país da maioria dos estudos, VD é realizada por: agentes comunitários de saúde (AMARE et al., 2018; PITT et al., 2016; KANANURA et al., 2016; KOZUKI et al., 2015; TOMLISON et al., 2014; MASCARENAS et al., 2015); por profissionais de saúde (MANGWI AIAGI et al., 2016) ou voluntários treinados (PENFOLD et al., 2014; WAISWA et al., 2015) por profissionais, ou ambos (AANSAH MANU et al., 2014).

Os periódicos nos quais a maioria dos artigos analisados foi publicada pertencem a área de Ciências e Saúde, sendo que 13 deles são do Reino Unido (Tabela 1).

TABELA 2- DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO OS SEUS RESPECTIVOS PERIÓDICOS, QUANTITATIVO DE PUBLICAÇÕES, PAÍS DE ORIGEM E ÁREA PROFISSIONAL DO PERIÓDICO

PERIÓDICO	Nº DE PUBLICAÇÕES	PAÍS DE ORIGEM	ÁREA
Investigación y Educación em Enfermería	1	Colômbia	Enfermagem
Revista Brasileira em Promoção da Saúde	1	Brasil	Promoção de Saúde
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	1	Brasil	Enfermagem
BMC Public Health	6	Reino Unido	Ciência
The Lancet Global Health	1	Reino Unido	Saúde

Reproductive Health	2	EUA	Reprodução Humana
Revista de Enfermagem UERJ	1	Brasil	Enfermagem
Revista Gaúcha de Enfermagem	1	Brasil	Enfermagem
Clinical Pediatrics	1	EUA	Pediatria
Scandinavian Journal of Public Health	1	EUA e Reino Unido	Saúde Pública
Education for Health	1	Reino Unido	Educação em Saúde
BMJ	1	Reino Unido	Medicina
Health Policy and Planning	1	Reino Unido	Políticas de Saúde e Planejamento
Tropical medicine and International Health	1	Reino Unido	Medicina e Saúde
Prevention Science	1	Suíça	Saúde Pública
Global Health Action	2	Suécia	Saúde e Epidemiologia
Nursing for Women's Health	1	EUA	Enfermagem e saúde
Plos One	1	EUA e Reino Unido	Ciência
Journal of Perinatology	1	EUA	Perinatologia
Journal Global Health	1	Reino Unido	Saúde
TOTAL: 27 publicações científicas analisadas			

Siglas: EUA: Estados Unidos da América; UERJ: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; BMJ: British Medical Journal.

FONTE: As autoras (2019).

Os trabalhos foram publicados por 186 autores, com média de 6 autores por trabalho e, apenas 1 artigo (3,70) foi de autoria única (MILLER, 2015). A maioria dos autores está discriminado em apenas uma publicação; 22 pesquisadores são autores de 2 estudos; e, 12 são autores de 3.

E, finalmente, quanto à natureza dos estudos a abordagem foi predominantemente quantitativa (66,6%) em 18 estudos (MAIA et al., 2018; MILLER, 2015; MANGWI AIAGI et al., 2016; PENFOLD et al., 2014; WAISWA et al., 2015; TOMLISON et al., 2014; CASEY et al., 2017; EDMOND et al., 2018; KANANURA et al., 2016; MÂLQUEVIST et al., 2017; DUYSBURGH et al., 2015; PITT et al., 2016; MAZUMDER et al., 2014; MCPHERSON, HODGINS, 2018; AANSAH MANU et al., 2014; MASCARENAS et al., 2015; LASSI et al., 2016), figurando também abordagem qualitativa (18,5%) (SANTOS et al., 2014; MEDEIROS, COSTA, 2018; LUCENA et al., 2018; AMARE et al., 2018; MAZZO et al., 2014) e, mista (7,4%) (PARKER et al., 2015; CHEN et al., 2014). O desenho do estudo de maior ocorrência foi o ensaio randomizado controlado com 7 estudos (25,9%) e, 3 (11,1%) das publicações são revisões sistemáticas.

Categorias das publicações sobre Visita Domiciliar ao Recém-Nascido:

As categorias organizadas exploram a VD como estratégia para qualificação da saúde, para aproximação e desenvolvimento do vínculo serviço de saúde - família, contudo, há dificuldades que perpassam sua realização. Assim, foram organizadas para a discussão subsequente, como apresentado no Quadro 2, as seguintes Categorias: 1. *Estratégia para melhoria do nível de saúde da população materna, infantil e geral*; 2. *Modelos globais para o*

desenvolvimento das Visitas Domiciliares ao Recém-Nascido e, seus impactos; e, 3. Barreiras e dificuldades para realização da Visita Domiciliar.

QUADRO 4 CATEGORIAS DE ANÁLISES SEGUNDO SEUS CONCEITOS ASPECTOS DEFINIDORES

Categorias de Análise	Aspectos definidores
1 Estratégia para melhoria do nível de saúde da população materna, infantil e geral	As ações de Promoção de Saúde e de prevenção constituem-se em pilares para estratégias de melhoria da saúde (BRASIL, 2002). Sendo a Promoção da Saúde “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (CARTA DE OTAWA, 1986). Prevenção da doença ou evento, é a visualização antecipada dos riscos, com a tomada de decisões que possam remover ou reduzir os efeitos de um possível dano. Sendo um processo contínuo, um caminho a ser trilhado para atingir uma efetividade cada vez maior no controle do risco eminente (FRIAS et al., 2017).
2 Modelos globais para o desenvolvimento das VD ao RN e, seus impactos	A abordagem à família deve ser constituída por momentos, permitindo que os profissionais de saúde estabeleçam naturalmente, a partir da aproximação e interação, o vínculo com usuário/família, facultando assim as intervenções necessárias (SHIMAZAKI, 2009).
3 Barreiras e dificuldades para realização da VD	Dificuldade, se atribui ao que se considera difícil, trabalhoso, árduo ou laborioso, ou impede a realização de alguma coisa (FERREIRA, 2014). Já as barreiras e dificuldades ferem os princípios essenciais da Atenção Primária em Saúde, como: a longitudinalidade, que visa a organização do serviço e o fortalecimento da relação (vínculo) equipe e usuários do serviço, pela quebra da continuidade; e, o princípio de coordenação, que se refere à capacidade de os prestadores de atenção primária coordenarem o uso de serviços no território e, em outros níveis de atenção (LIMA et al., 2018).

Fonte: autoras 2019.

DISCUSSÃO

A maioria das pesquisas relativas à VD ao RN foram desenvolvidas no Continente Africano, o que se justifica pelas altas taxas de mortalidade na região da África Subsaariana e as intervenções mundiais pelas organizações de saúde, em prol da melhoria dos indicadores. Uganda, por exemplo, possuiu alta Taxa de Mortalidade Neonatal, sendo que 44,7% dos óbitos ocorreram em até 6 horas após o parto, 30,9% no período neonatal precoce e, 24,5% no período de 7 a 28 dias, reforçando a necessidade de implementação das práticas para prevenção e promoção do cuidado neonatal. Dentre essas práticas, salienta-se a VD programada em tempo oportuno que, apesar da clara falta de padronização reduziu, em 70% o risco de morte de RNs (KANANURA et al., 2016).

A maioria dos estudos incluídos nesta revisão foram publicados em periódicos do Reino Unido, em consonância a uma pesquisa publicada em 2017 quando o país ficou em primeiro lugar no ranking relacionado às pesquisas na área saúde (SCHNEIDER et al, 2017).

Apesar de alguns estudos elencarem barreiras e dificuldades para realização da Visita, foi consensual a percepção da melhoria das condições de saúde através da prevenção e da promoção alcançadas com a estratégia.

Se pode destacar que na China, em 2009, apesar da definição governamental de uma política para prestação de serviços gratuitos relacionados aos cuidados pós-natais, em uma pesquisa com 1601 participantes, apenas 110 (8%) receberam a primeira VD em tempo oportuno durante a primeira semana de vida e, 165 (13%) no período puerperal até o 42º dia. Os motivos desta baixa proporção, segundo a percepção dos participantes, foram: desconhecimento sobre o cuidado pós-natal (65%); e, não valorização da necessidade (24%), considerando ser a VD realizada por um profissional de saúde materno- infantil (CHEN et al., 2014).

Categoria 1

Estratégia para melhoria do nível de saúde da população materna, infantil e geral

Os resultados desta revisão integrativa, relacionados a esta Categoria de análise, apontam para o fato de a VD ao RN favorecer a prestação de serviço de saúde personalizado à população em suas casas e, que a atuação de agentes de saúde nos cuidados primários é capaz de mobilizar a comunidade e transmitir conhecimentos (LASSI et al., 2014; PENFOLD et al., 2014; WAISWA et al., 2015), elevando assim a satisfação e, a qualidade de vida das famílias (AWINDOAGO et al., 2016; LUCENA et al., 2018).

A VD é acolhida pela família sob a perspectiva de suporte que as encoraja e empodera para o cuidado, considerando que a alta hospitalar ocorre de maneira protocolar, na maioria das vezes, desconsiderando as condições de moradia e de competência dos pais/familiares (MAIA et al., 2018; SANTOS et al., 2014; PENFOLD et al., 2014; LUCENA et al., 2018; TOMLISON et al, 2014). Assim, a visita é uma estratégia viável para promoção da transição segura dos cuidados, para as mães e seus RN, do hospital ao domicílio (PARKER et al., 2015), considerando seus cenários, contextos de vida e culturas.

Essa abordagem estratégica possibilita a promoção da saúde e a prevenção de agravos por meio da educação em saúde, voltada para a realização dos cuidados, da avaliação e vigilância dos sinais de alerta, e dos encaminhamentos de RN em situação de risco, desde que

os serviços de saúde tenham boa qualidade para o atendimento. Também, oportuniza a promoção da amamentação, incentivando e apoiando o aleitamento materno precoce com manutenção da oferta exclusiva (LASSI et al., 2014; MAIA et al., 2018; MILLER, 2015; WAISWA et al., 2015; AWINDOAGO et al., 2016; PARKER et al., 2015; CASEY et al., 2017); promove o planejamento familiar (TOMLISON et al, 2014) ; o aumento da cobertura de imunização (LASSI et al., 2014; MILLER, 2015; TOMLISON et al, 2014; CASEY et al., 2017); favorece a educação em saúde com foco nos cuidados com os bebês (MAIA et al., 2018; MANGWI AIAGI et al., 2016; EDMOND et al., 2018) como, o cuidado com o coto umbilical (PENFOLD et al., 2014; CHEN et al., 2014) e o banho do RN em domicílio (PENFOLD et al., 2014; WAISWA et al., 2015). Incluindo a observação dos sinais de perigo (MANGWI AIAGI et al., 2016; TOMLISON et al, 2014; CHEN et al., 2014; KOZUKI et al., 2015), para que sejam buscados pelos familiares e responsáveis, com o apoio do serviço de saúde, os cuidados adequados e em tempo oportuno (KANANURA et al., 2016) e, conseqüente impacto na redução da morbimortalidade neonatal e infantil (LASSI et al., 2014; LUCENA et al., 2018; CASEY et al., 2017; MÂLQUEVIST et al., 2017; DUYSBURGH et al., 2015; PITT et al., 2016; AMARE et al., 2018).

A aproximação dos profissionais de saúde ao RN e sua família, mediada pela VD, promove o fortalecimento do vínculo com as equipes de saúde e, melhora a utilização dos serviços de saúde para acompanhamento e prevenção, reduzindo assim as internações por complicações, bem como, as consultas de urgência. Um estudo projetando os resultados da realização de VD às famílias no período pré e pós-natal considerou que a estratégia pode reduzir o tabagismo, complicações na gravidez, lesões na infância e, melhorar os cuidados infantis para o desenvolvimento da linguagem, elevar a proporção de amamentação e, à conformidade com os cronogramas de imunização. Este conjunto de aspectos podem gerar economia nos investimentos financeiros na saúde, devido a redução dos atendimentos para tratamentos de situações agudas, além de evitar ou prevenir a ocorrência de: cerca de 500 mortes infantis; 10 mil nascimentos prematuros; 4700 abortos; 42.000 incidentes de maus-tratos; 36.000 incidentes de violência contra parceiros íntimos; 90.000 crimes violentos por jovens; 36.000 detenções de jovens; e, 41.000 pessoas-ano de abuso de substâncias por jovens (MILLER, 2015).

De modo que a abordagem adequada da mãe e do RN na VD, resolveria uma considerável parcela dos problemas de saúde globais, dentre elas as mortes evitáveis (LASSI et al., 2014; KANANURA et al., 2016; MAZUMDER et al., 2014), o número de consultas de

emergência e, de internações hospitalares (LASSI et al., 2014; BRASIL, 2018; AWINDOAGO et al., 2016).

A VD como uma estratégia para aproximações entre a comunidade e as equipes de saúde pode trazer benefícios (MEDEIROS, COSTA, 2018; WAISWA et al., 2015), com potencial promissor na oferta de uma gama de serviços e também para o alcance de grupos populacionais de difícil acesso (LASSI et al., 2014).

As relações de colaboração e o contato direto no ambiente doméstico, fortalecem o vínculo e promovem a melhoria dos cuidados domiciliares do RN (PARKER et al., 2015), possibilitando em contextos diversos, a detecção precoce de problemas, procedendo encaminhamentos que impactam positivamente na saúde e, na sobrevivência dos RNs (KOZUKI et al., 2015; AANSAH MANU et al., 2014).

Categoria 2

Modelos globais para o desenvolvimento das Visitas Domiciliares ao Recém-Nascido e, seus impactos

Quanto a periodicidade das Visitas para o desenvolvimento das atividades de promoção de saúde e prevenção das doenças os estudos apresentam propostas distintas. Em consonância com a recomendação da OMS (WHO, 2013) um estudo realizado no Nepal envidou esforços para garantir a acessibilidade e a abordagem ao RN e família, na primeira semana de vida (MÂLQUEVIST et al., 2017). Uma proposta do Afeganistão apresentou oito visitas por voluntários treinados, quatro no período pré e quatro no pós-natal, nos dias 1 – 3 – 7- 28 (EDMOND et al., 2018). Em Gana, na África, foi proposta a visita por voluntários treinados, com cinco intervenções, duas na gravidez e três na primeira semana pós-parto, sendo considerado o período de maior vulnerabilidade para o RN (AANSAH MANU et al., 2014).

O Brasil preconiza a realização da primeira VD ao RN por algum dos profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde até o quinto dia de vida (BRASIL, 2011).

Umlazi, um assentamento em região periurbana na África do Sul, obteve desfechos primários positivos oferecendo sete visitas realizadas por agentes de saúde: duas durante a gravidez; uma até 48 horas após o parto; uma durante os dias 3-4 e 10-14; e, durante as semanas 3-4 e 7-8; além de duas visitas extras para o RN de baixo peso. Os resultados positivos relacionados foram: ampliação na oferta de leite materno; e, melhoria dos dados antropométricos dos bebês e, do acompanhamento dos mesmos nas unidades de saúde (TOMLISON et al, 2014).

Um estudo realizado na África e África do Sul demonstrou que a aproximação com a Visita de agentes de saúde durante a gestação, acarretou às mães se inclinarem a adoção de frequência maior à clínica, na primeira semana de vida do seu RN (TOMLISON et al, 2014). E ainda, no Nepal estas visitas com a vinculação das gestantes aos serviços para realização do parto, lograram reduzir a taxa de nascimento no domicílio de 79,2% em 2006, para 46,5% em 2014 (MÂLQUEVIST et al., 2017). No Afeganistão, conquistou-se melhor utilização dos serviços de saúde em uma região de conflito (EDMOND et al., 2018).

Os estudos apontam que também foram consequentes às VDs aos RNs: a redução da utilização de serviços de saúde por urgência; e, as hospitalizações noturnas. Constatado assim seu potencial de mobilização da atenção à saúde com redução das complicações e da necessidade da busca por serviços de urgência, para: as residências, moradias, contextos das famílias (MASCARENAS et al., 2015).

Contudo, para atender a recomendação da Declaração Conjunta de 2009, a análise de programas de visita pós-natal implementados por serviços governamentais de saúde em Bangladesh, Etiópia, Gana, Índia, Indonésia, Malaui, Mianmar, Nepal, Paquistão, Ruanda, Sri Lanka e Uganda, constatou que há baixo cumprimento da padronização. A realização de VD dentro de 48 horas após o parto domiciliar, conforme preconizado, não ultrapassa 20%, especificamente nos locais com os melhores índices (MCPHERSON, HODGINS, 2018). Por exemplo, no Nepal, apenas 2,2% das mulheres que tiveram parto domiciliar, receberam a VD de um profissional de saúde na primeira semana após o nascimento (MÂLQUEVIST et al., 2017).

Em países com recursos financeiros limitados a abordagem por agentes de saúde ou voluntários capacitados é uma possibilidade viável (AANSAH MANU et al., 2014). Uma proposta de associação entre a VD realizada por agentes comunitários e suporte telefônico para contato com os profissionais, em Uganda na África, aproximou as famílias e as equipes de saúde, melhorando a qualidade dos cuidados com RN e, os encaminhamentos de bebês doentes (MANGWI AIAGI et al., 2016).

Com a proposta de associação entre VD e contato telefônico com equipe de saúde, em Uganda, África, três visitas são realizadas. Duas delas durante o pré-natal: a primeira na inscrição da gestante, para realizar educação em saúde quanto aos cuidados gerais na gestação (uso de suplementos como ácido fólico, mosquiteiros para prevenção de doenças, entre outros) e, sinais de perigo (sangramento, febre, perda de líquido); e, a segunda, quatro semanas depois da inscrição, para orientações e preparo para o trabalho de parto e, de itens necessários para a

chegada do bebê, cuidados com RN, importância de iniciar o aleitamento materno na primeira hora. Por fim, uma VD para suporte à família é agendada para ser realizada até 3 dias após o parto (MANGWI AIAGI et al., 2016).

Apesar da variação no cenário mundial das propostas de programas de Visitas Domiciliares e, de seus intervalos, em conformidade a recomendação da OMS é convergente à todos os estudos e cenários identificados, que aconteça a oferta de VD na primeira semana de vida do RN.

Categoria 3

Barreiras e dificuldades para realização da Visita Domiciliar

Outrossim, existem barreiras e dificuldades para a realização da VD que se assemelham em diferentes contextos, como: a falta de profissionais; a falta de conhecimento dos profissionais; dificuldade de acessibilidade em algumas localidades; falta de transporte; e, a falta da notificação do nascimento para que os visitantes procedam à VD (AMARE et al., 2018; CHEN et al., 2014).

Estudos realizados no Brasil demonstram que enfermeiros ainda encontram dificuldades para o cumprimento das preconizações com relação ao tempo e, para a abordagem integral da família (LUCENA et al., 2018; MAZZO et al., 2014). Dados estes que evidenciam a necessidade da educação permanente, quanto à realização da VD ao RN e sua família e fortalecimento da atenção integral em saúde, para os profissionais da Atenção Primária em Saúde, a qual é a norteadora do cuidado à população (LUCENA et al., 2018). Um estudo no Afeganistão também evidenciou a necessidade de pacotes de treinamento aprimorados, para que os agentes de saúde possam realizar educação em saúde durante a visita (EDMOND et al., 2018).

Na África Subsaariana, as coberturas das visitas nos primeiros dias pós-parto são baixas, inferiores a 40%, mesmo sob o desenvolvimento de programas de Organizações Não Governamentais (ONGs), que treinaram mais de 30 mil trabalhadores, em 2003, além de receberem apoio de voluntários da comunidade. Os programas governamentais apresentam menores números quanto à oferta relacionada às visitas (AMARE et al., 2018).

Em um país de condições sócio demográficas bastante diferente da África Subsaariana, como a China, a investigação do estudo revelou que a causa da baixa cobertura VD relacionou-se a escassez de pessoal e transporte, limitando a chegada dos profissionais aos domicílios

(CHEN et al., 2014). Demonstrando que a dificuldade de acesso é fator importante para os baixos índices de VD em tempo oportuno.

Na China, em uma pesquisa com 1601 participantes, apenas 110 (8%) receberam a primeira VD no tempo oportuno, ou seja, na primeira semana de vida e, 165 (13%) no período puerperal, até o 42º dia. Os motivos desta baixa proporção, segundo a percepção dos participantes foram: desconhecimento sobre o cuidado pós-natal (65%); e, não valorização da necessidade (24%) (CHEN et al., 2014).

Ao se investigarem as barreiras na África, foram identificadas: questões físicas, relativas à acessibilidade ou de transporte; questões relacionadas à notificação do nascimento; e, devidas à disponibilidade do visitador. Todavia, às questões físicas limitam a realização das visitas em tempo oportuno por dificuldade de acesso, chuvas, mas, as condições naturais moderadas podem não ser limitantes. Como exemplo, em comunidades montanhosas as pessoas referiam ser comum a realização da VD, em contrapartida, em uma comunidade plana e acessível, os moradores referiam que as visitas não eram feitas (AMARE et al., 2018). Concluindo-se nesta perspectiva pela valorização cultural da estratégia da VD ao RN.

No que tange as questões trabalhistas, houve a percepção de que a VD pode não ocorrer devido ao baixo número de profissionais para a proporção de nascimentos (CHEN et al., 2014; AMARE et al., 2018); ou, a estratégia de organização para a VD não é efetiva para atender a demanda; ou, o fato de que alguns agentes permanecerem o dia todo no posto de saúde e, não dispensarem seus tempos para trabalho externo de VD. Quanto à qualidade da abordagem, um estudo realizado na África, constatou déficit de qualidade quando o agente de saúde possuía contrato de trabalho temporário, situação que reduz a intensidade do estabelecimento do vínculo com a comunidade (AMARE et al., 2018).

No âmbito da informação, é essencial ao tomar conhecimento do nascimento, e este fato foi tratado como chave para a realização da VD. Neste contexto, faz-se necessária a implementação de um mecanismo de alerta, para que os visitadores tenham conhecimento do evento e providenciem a visita, a demora na chegada da informação impossibilita a realização da visita no período neonatal precoce (AMARE et al., 2018).

Um estudo realizado em quatro países da África Subsaariana: Burkina Faso, Quênia, Malaui e Moçambique, mostrou que as intervenções realizadas para o cuidado à saúde materna e infantil são semelhantes nos diferentes locais, bem como, as necessidades de saúde também se assemelham e, estão relacionadas à ampliação da disponibilidade e prestação de serviços domiciliares no período pós-parto. Estas, essenciais para a redução da mortalidade e morbidade

materna e infantil, que ainda estão inaceitavelmente altas nessa região (DUYSBURGH et al., 2015).

Neste sentido alerta-se para a necessidade de orientação operacional para que os países desenhem estratégias apropriadas ao contexto, incentivando a adaptação das recomendações à experiência real do país. Há que se investir nas orientações de qualidade na alta hospitalar, considerando que muitos países não conseguem realizar abordagem pós-natal precoce, respeitando a janela da oportunidade. No âmbito global, recomenda-se a avaliação de evidências robustas que embasem as propostas de intervenções (MCPHERSON, HODGINS, 2018).

No entanto, a abordagem da VD não pode atingir todo o seu potencial no aumento da sobrevivência dos neonatos se não houver boa qualidade dos serviços de saúde disponíveis para o atendimento. Outro fator essencial discutido é o fortalecimento do elo de comprometimento e dedicação entre quem ‘avalia e encaminha’ e quem atende (AANSAH MANU et al., 2014).

CONCLUSÃO

Os estudos demonstram que as pesquisas quanto a realização da VD durante o puerpério possui resultados lineares, demonstrando que se trata de uma intervenção efetiva. Porém, ainda não está incorporada à rotina das equipes de saúde, com dificuldades contraditórias descritas para efetivação das ações e, as barreiras meramente comportamentais a serem transpostas. Fica evidente que há lacunas na padronização científica para proceder à VD ao RN e sua família. Deve-se considerar o planejamento e a implementação da VD na APS, observando os contextos, como medida substancial para a redução da morbimortalidade infantil e melhoria de indicadores, sobretudo nos países em desenvolvimento.

CONFLITOS DE INTERESSE

Esta pesquisa não apresenta conflitos de interesses.

COLABORAÇÕES

Pra Oliveira GC contribuiu na concepção do estudo, análise dos dados e redação do artigo. Freire MHS e Khalaf DK contribuíram com a concepção do estudo, com a revisão crítica

relevante do conteúdo intelectual e, aprovação da versão final a ser publicada. Lealdino CG contribuiu com a redação e formatação do artigo. Roda JC colaborou com a coleta, análise dos dados e formatação final.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Esta pesquisa não recebeu apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

AANSAH MANU, A., et al. **Evaluating the implementation of community volunteer assessment and referral of sick babies: lessons learned from the Ghana Newhints home visits cluster randomized controlled trial.** Gana-África, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25274636>> Acesso em: 09 mar. 2019.

AMARE, Y., et al. **Early postnatal home visits: a qualitative study of barriers and facilitators to achieving high coverage.** Etiópia, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30157816>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

AWINDOAGO F., SMITH, V. C., LITT, J. S. **Predictors of care giver satisfaction with visiting nurse home visits after NICU discharge.** Boston-EUA, 2016.[Acesso em: 11 mar. 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26675001>

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo; Edições 70, LDA, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.351 de 5 de outubro de 2011- Rede Cegonha.** Brasília (DF), 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html> Acesso em: 26 nov. 2018.

BRASIL 2012, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília (DF): MS; 2012. Cadernos de Atenção Básica nº 33.

BRASIL, 2017. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 25 nov 2018.

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

CASEY, P., **Home Visiting and the Health of Preterm Infants.** ClinicPediatr, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28720035>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

CHEN, L., et al. **Coverage, quality of and barriers to postnatal care in rural Hebei, China: a mixed method study.** BMC Pregnancy Childbirth, China, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898028/?tool=pubmed>. Acesso em: 24 jan. 2019.

DUYSBURGGH, E. S., et al. **Opportunities to improve postpartum care for mothers and infants: design of context-specific packages of postpartum interventions in rural districts in four sub-Saharan African countries.** BMC Pregnancy & Childbirth, Africa Subsaariana, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453099/?tool=pubmed>. Acesso em: 23 jan. 2019.

EDMOND, K. M., et al. **Can community health worker home visiting improve care-seeking and maternal and newborn care practices in fragile states such as Afghanistan? A population-based intervention study.** Afeganistão, 2018. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-018-1092-9>. Acesso em: 11 mar. 2019.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio Da Língua Portuguesa - 5ª Edição.** Positivo Editora, 2014.

FRIAS, P. G., et al. **O curso de Vigilância de Óbito Materno Infantil e Fetal e a atuação em Comitês de Mortalidade Atualização.** FIOCRUZ, 2017.

GALVÃO, T. F. **Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.** 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf. Acesso em: 22 jan. 2019.

GANONG, L. H. **Integrative reviews of nursing research.** Res Nurs Health 1987;

KANANURA, R. M., et al. **The neonatal mortality and its determinants in rural communities of Eastern Uganda.** Uganda, Reprod Health, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756421/?tool=pubmed>. Acesso em: 21 jan. 2019.

KOZUKI, N., et al. **A systematic review of community-to-facility neonatal referral completion rates in Africa and Asia.** 2015. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2330-0#Sec7>. Acesso em: 05 fev. 2019.

LASSI, Z. S. et al. **Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings.** 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160921/>. Acesso em: 02 fev. 2019.

LASSI, Z. S. et al., **Strategies for improving health care seeking for maternal and newborn illnesses in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.** Global Health Action, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4864851/> Acesso em: 14 fev. 2019.

LIMA, J. G., et al. **Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB.** Saúde debate, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/52-66/pt/> Acesso em: 05 mai. 2019.

LUCENA, D. B. A. et al. **Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.** Revista Gaúcha de Enfermagem, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem> Acesso em: 27 dez. 2018.

MAIA, P. F. C. M. D., et al. **Visitas Domiciliares Inovadoras e a Saúde Materna Infantil.** Pernambuco, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/328647755_Visitas_domiciliares_inovadoras_e_a_saude_materno-infantil. Acesso em: 15 jan. 2018.

MANGWI AYIAGI, R. **Effect of Village Health Team Home Visits and Mobile Phone Consultation on Maternal and Newborn Care Practices in Masindi Kiryandongo, Uganda: A Community-Intervention Trial.** Uganda, 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153051>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MÂLQVIST, M., PUN, A., KC, A. **Essential newborn care after home delivery in Nepal.** 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28212598>. Acesso em: 08 mar. 2019.

MASCARENAS, D. N. R., et al. **The promise of home visitation by community health workers in rural Kenya: A protective effect that reduces neonatal illness.** Educ Health, 2015. Disponível em: <http://www.educationforhealth.net/article.asp?issn=1357-6283;year=2015;volume=28;issue=3;spage=181;epage=186;aulast=Mascarenas>. Acesso em: 06 fev. 2019.

MAZUMDER, S., et al. **Effect of implementation of integrated management of neonatal and child hood illness program on treatment seeking practices for morbidities in infants: cluster randomized trial.** Índia, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25172514>. Acesso em: 07 mar. 2019.

MAZZO, M. H. S. N., BRITO, R. S., SANTOS, F. A. P. S. **Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto.** 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15526/12301> Acesso em: 10 fev. 2019.

MCPHERSON, R., HODGINS, S. **Postnatal home visitation: Lessons from country programs operating at scale.** 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6005634/> Acesso em: 11 mar. 2019.

MEDEIROS, L. S., COSTA, A. C. M., **Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.** Revista RENE, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2622/2009>. Acesso em: 07 mar. 2019.

MILLER, T. **Projected Outcomes of Nurse-Family Partnership Home Visitation During 1996-2013, USA.** Prev Sci, 2015. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4512284/?tool=pubmed>. Acesso em: 24 jan. 2019.

MOORE, T. G., et al. **Sustained home visiting for vulnerable families and children: a literature review of effective processes and strategies**. Parkville, Victoria: Murdoch Childrens Research Institute/The Royal Children's Hospital Centre for Community Child Health; 2012. Disponível em:

https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/resources_and_publications/Home_visiting_lit_review_RAH_processes_final.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

PARKER, C., WARMUSKERKEN, G., SINCLAR, L. **Enhancing neonatal wellness with home visitation**. Nurs Womens Health, 2015. Disponível em:

[https://nwhjournal.org/article/S1751-4851\(15\)30054-4/fulltext](https://nwhjournal.org/article/S1751-4851(15)30054-4/fulltext). Acesso em: 14 fev. 2019.

PENFOLD, S., et al. Effect of home-based counselling on newborn care practices in south ern Tanzania one year after implementation: a cluster-randomised controlled trial. *BMC Pediatr*, Tânzania, 2014. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4115472/?tool=pubmed>. Acesso em: 24 jan. 2019.

PITT, C., et al. Cost and cost-effectiveness of newborn home visits: findings from the Newhints cluster-randomised controlled trial in rural Ghana. *África e Sul da Ásia*, 2016.

Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00207-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00207-7/fulltext)> Acesso em: 12 mar. 2019.

SANTOS. L. C., et al. **Percepção das mães de prematuros sobre a visita domiciliar antes e após a alta hospitalar**. Invest Educ Enferm, Londrina, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012053072014000300004&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 16 jan. 2019.

SCHNEIDER, E. C., et al. **Internacional Comparison Reflects Flaws and Opportunities dor Better U.S. Health Care**. 2017. Disponível em: <

<https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

SHIMAZAKI, M. E. **A Atenção Primária à Saúde**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

TOMLISON, M. et al., **Goodstart: a cluster randomized effectiveness trial of an integrated, community-based package for maternal and newborn care, with prevention of mother-to-child transmission of HIV in a South African township**. *África do Sul*, 2014.

Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.12257>> Acesso em: 09 mar. 2019.

WAISWA, P. et al., **Effect of the Uganda Newborn Study on care-seeking and care practices: a cluster-randomised controlled trial**. *Glob Health Action*, 2015. Disponível em:

http://www.academia.edu/26280607/Effect_of_the_Uganda_Newborn_Study_on_care-seeking_and_care_practices_a_cluster-randomised_controlled_trial Acesso em: 11 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1985. **Appropriate technology for birth.** Lancet. 1985. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>> Acesso em: 27 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2013. **Recommendationson postnatal care of the mother and newborn.** Suíça: Organização Mundial de Saúde, Outubro, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf;jsessionid=F680AFBE7B22630B93F9E7906848EEFB?sequence=1 Acesso em: 11 abr. 2019

5.2 RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

As respostas ao questionário semi-estruturado (APÊNDICE 1) para identificar os conhecimentos e a prática da equipe de Agentes Comunitários de Saúde para o a realização da primeira VD ao RN em Pitanga- PR, foram dadas por 56 dos 81 profissionais ACS, que aceitaram participar da pesquisa.

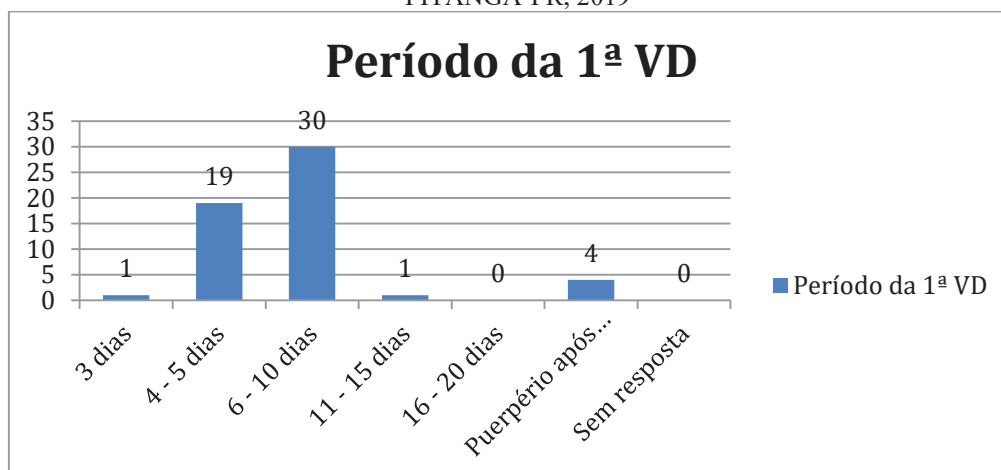
TABELA 3- COMO SOUBE DO NASCIMENTO, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Vizinhos	30	53,5
Durante a VD	11	19,6
Familiar	2	3,5
Reuniões	1	1,7

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto à realização da primeira VD ao RN 55 dos ACSs (98%) responderam que realizam e, 1 (2%) respondeu que ‘realiza às vezes’. Os vizinhos é que são os principais noticiadores do nascimento (53,5%), seguidos pela descoberta de um nascimento, no momento de realização da visita (19,6%) (TABELA 3). A grande maioria dos ACS realiza a VD até o 10º dia após o nascimento, com frequência maior (53%) entre o 6º e 10º dia (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1- PERÍODO EM QUE REALIZA A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO, PITANGA-PR, 2019



Fonte: Elaborado pela autora

Entretanto, caso seja impossibilitado de realizar a VD, quase 70% dos ACS percebem que não são substituídos por ninguém e, cerca de 20% deles dizem que outros profissionais a realizam, sem mencionar a categoria do profissional (TABELA 4).

TABELA 4- SE VOCÊ AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NÃO REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO ALGUM OUTRO PROFISSIONAL FARÁ? , PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Ninguém	38	67,8
Outros profissionais	12	21,4
Sem resposta	6	10,7

Fonte: Elaborado pela autora

As principais dificuldades elencadas foram mudança para casa de parentes (62%), seguida por aspectos culturais (23%) e, situações relacionadas à dificuldade de acesso. Interessante notar que quatro profissionais (7,1) sinalizaram não possuírem nenhuma dificuldade para proceder a primeira VD ao RN.

TABELA 5- DIFICULDADES PARA REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Mudança para parentes	35	62,5
Aspectos Culturais	13	23,2
Chuva	12	21,4
Acesso	10	17,8
Distância	8	14,2
Recusa da VD	6	10,7
RN internado	6	10,7
Informações erradas	5	8,9
Dificuldade de transporte	1	1,7
Família morar em apartamento	1	1,7
Presença de cachorros	1	1,7

Realização de Pré-natal na rede privada	1	1,7
Falta de materiais	1	1,7
Falta de profissionais	1	1,7
Ausência de Cartão Nacional do SUS	1	1,7
Fragilidade da mãe	1	1,7
Mãe inexperiente	1	1,7
Nenhuma dificuldade	4	7,1

Fonte: Elaborado pela autora

As principais vantagens em realizar a VD elencadas pelos profissionais ACS foram o conhecimento (35,7%) e orientação (30,3%) do RN e família (TABELAS 8 e 9). Já em se tratando da puerpera as vantagens mais relacionadas foram a orientação (37,5%), incentivo à amamentação (32,1%) (TABELA 7). As vantagens que os ACS percebem da VD para o próprio RN dizem respeito à seu aleitamento materno (32,1%), às orientações para a vacinação (28,5%), seu acompanhamento de seu estado de saúde (21,4%) e, informações (21,4%) à mãe sobre sua higiene (TABELA 6). Finalmente, quando arguidos sobre as vantagens que percebem ter a VD para as famílias, os ACS relacionam com maior frequência a amamentação (51,7%) e, as orientações (26,7%) gerais e, para o cuidado que podem ser socializadas com a mãe e familiares (TABELA 9).

TABELA 6- VANTAGENS EM REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA O PROFISSIONAL, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Conhecimento	20	35,7
Orientação	17	30,3
Acompanhamento	12	21,4
Informação	6	10,7
Maior percepção	4	7,1
Abordagem	3	5,3
Abertura de prontuário	3	5,3
Prevenção	2	3,5
Desafio	2	3,5
Planejamento familiar	2	3,5
Vacinação	2	3,5
Intervenções multidisciplinares	2	3,5
Definição de prioridades	2	3,5
Experiência	1	1,7
Feedback	1	1,7
Integração da equipe	1	1,7
Coleta de dados	1	1,7
Motivação	1	1,7
Verificação do estado da puerpera e do RN	1	1,7
Avaliação do contexto	1	1,7
Sem resposta	2	3,5

Fonte: Elaborado pela autora

TABELA 7-VANTAGENS EM REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA O PUÉRPERA, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Orientação	21	37,5
Amamentação	18	32,1
Informação	11	19,6
Cuidados	7	12,5
Alimentação	4	7,1
Segurança	3	5,3
Oferta de serviços	3	5,3
Higiene	3	5,3
Desmistificar crenças	2	3,5
Observar aspectos psicológicos	2	3,5
Apoio	1	1,7
Autocuidado	1	1,7
Observação	1	1,7
Experiência	1	1,7
Autoestima	1	1,7
Bem estar	1	1,7
Sem resposta	1	1,7

Fonte: Elaborado pela autora

TABELA 8- VANTAGENS EM REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA O RECÉM-NASCIDO, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Amamentação	18	32,1
Vacinação	16	28,5
Acompanhamento	12	21,4
Higiene	12	21,4
Orientação	10	17,8
Bem estar	3	5,3
Puericultura	3	5,3
Qualidade de vida	3	5,3
Garantia de direitos	2	3,5
Desenvolvimento saudável	1	1,7
Estratificação de risco	1	1,7
Sobrevivência	1	1,7
Encaminhamento	1	1,7
Oferta de serviços	1	1,7
Cuidados	1	1,7
Segurança	1	1,7
Prevenção	1	1,7
Conhecer a condição do RN	1	1,7
Marcar reconsulta	1	1,7
Apoio psicológico	1	1,7
Sem resposta	1	1,7

Fonte: Elaborado pela autora

TABELA 9- VANTAGENS EM REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA A FAMÍLIA, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Amamentação	29	51,7
Orientação	15	26,7
Cuidados	10	17,8
Segurança	8	14,2
Apoio	6	10,7
Prevenção	4	7,1
Conhecimento	4	7,1

Acolhimento	2	3,5
Informação	2	3,5
Oferta de serviços	1	1,7
Conforto	1	1,7
Alimentação	1	1,7
Sentimento de valorização	1	1,7
Redução de consultas clínicas	1	1,7
Redução de complicações	1	1,7
Reduzir mortalidade	1	1,7
Importância da família	1	1,7
Garantia de direitos	1	1,7
Proporcionar contexto saudável	1	1,7
Apoio Psicológico	1	1,7

Fonte: Elaborado pela autora

É interessante notar que, segundo os próprios ACS, existe a utilização de algum recurso para apoio à realização da VD (GRÁFICO 7), e, alguns manifestaram o desejo de ter algum (3%).

GRÁFICO 2- UTILIZA RECURSO PARA AUXILIAR NA REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR, PITANGA-PR, 2019



Fonte: Elaborado pela autora

E, o recurso mais utilizado são as orientações (33,8%) que conseguem localizar, seguido pelos próprios parceiros de trabalho, de outra categoria pela palavra aplicada ‘multiprofissional’ (19,6%) (TABELA 10). Nesta questão talvez a intenção da pesquisadora não tenha sido bem entendida pelos respondentes, tendo em vista que era de identificar utilização de algum instrumento, poucos profissionais indicaram uso de folders, materiais do Programa Mãe Paranaense e, um o Guia do ACS.

TABELA 10- RECURSOS QUE UTILIZA PARA REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Orientações	19	33,8
Trabalho Multidisciplinar	11	19,6
Panfletos	5	8,9

Materiais do Programa Mãe Paranaense	5	8,9
Bem estar	3	5,3
Puericultura	3	5,3
Qualidade de vida	3	5,3
Garantia de direitos	2	3,5
Desenvolvimento saudável	1	1,7
Estratificação de risco	1	1,7
Sobrevivência	1	1,7
Encaminhamento	1	1,7
Oferta de serviços	1	1,7
Cuidados	1	1,7
Segurança	1	1,7
Prevenção	1	1,7
Conhecer a condição do RN	1	1,7
Marcar reconsulta	1	1,7
Apoio psicológico	1	1,7
Sem resposta	1	1,7

Fonte: Elaborado pela autora

E como motivo pelo qual o ACS respondente utiliza algum recurso apresentou como justificativa a disponibilidade do mesmo (12,5%), e a possibilidade de oferta de suporte técnico (7,1%) e, serem informações claras (7,1%) (TABELA 10).

TABELA 11- PORQUÊ UTILIZA O RECURSO CITADO, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Disponibilidade	7	12,5
Suporte técnico	4	7,1
Informações claras	4	7,1
Falta apoio de outros profissionais	3	5,3
Satisfação em ajudar	2	3,5
Contempla os dados da mãe	2	3,5
Transmite segurança	2	3,5
Fica na casa do paciente	1	1,7
Realidade de trabalho	1	1,7

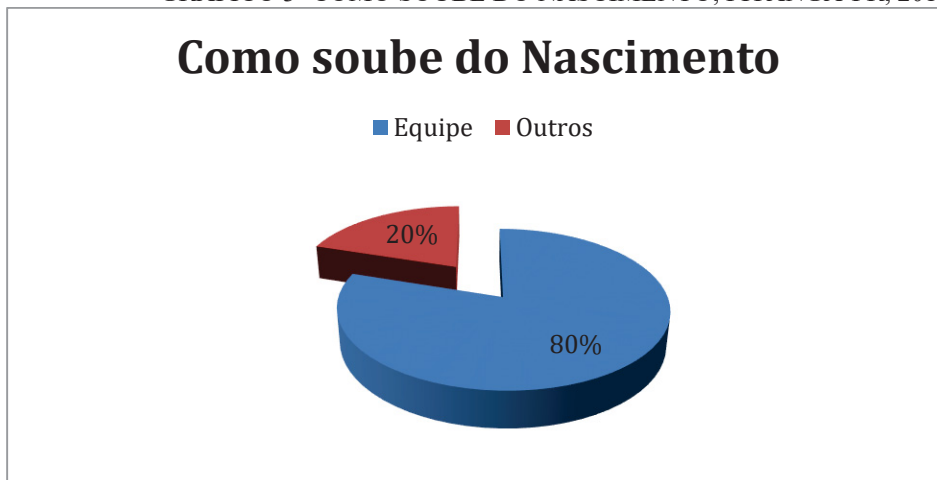
Fonte: Elaborado pela autora

5.3 RESULTADOS OBTIDOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR

5.3.1 Questionários sobre a Visita Domiciliar

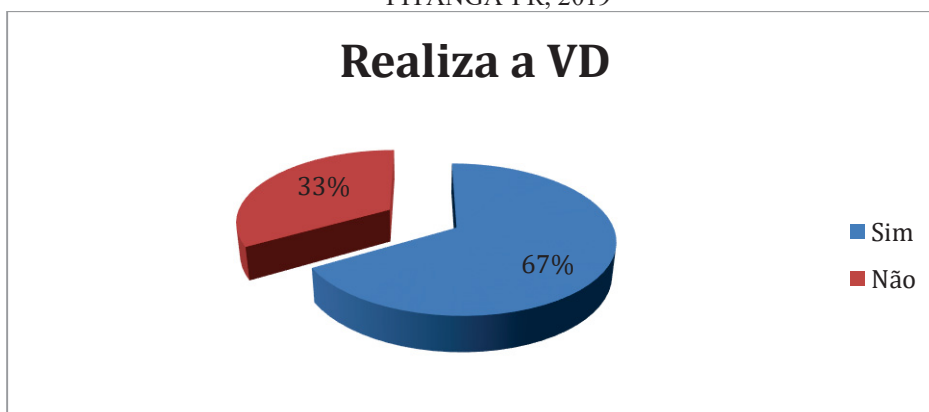
Os resultados dos questionários semiestruturados aplicados aos seis profissionais de saúde enfermeiros, que participaram da primeira oficina, pois o questionário foi aplicado antes do início das atividades, com intuito de não influenciar nas respostas, evidenciaram que a 66% deles realiza a primeira VD ao RN, que tomam conhecimento do nascimento para proceder a VD pela equipe (66%), a maioria realiza a VD no período entre 6 – 10 dias de vida do RN (50%) e que se realizarem a primeira VD ao RN a mesma será realizada por outros profissionais (50%).

GRÁFICO 3- COMO SOUBE DO NASCIMENTO, PITANGA-PR, 2019



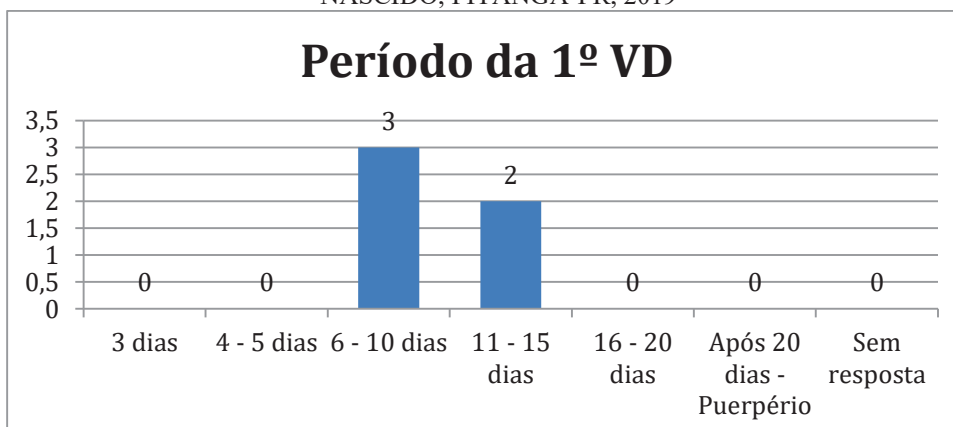
Fonte: Elaborado pela autora

GRÁFICO 4- REALIZA A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO, PITANGA-PR, 2019



Fonte: Elaborado pela autora

GRÁFICO5- PERÍODO EM QUE REALIZA A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO, PITANGA-PR, 2019



Fonte: Elaborado pela autora

TABELA 12- SE VOCÊ NÃO REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR QUE PROFISSIONAL O FAZ? , PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Ninguém	0	-
Outros profissionais	3	50
Sem resposta	3	50

Fonte: Elaborado pela autora

As principais dificuldades elencadas foram a falta de transporte (83%), seguida pela falta da notificação do nascimento (66%) a mudança para casa de parentes também foi citada (TABELA12)

TABELA 13- DIFIDULDADES PARA REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Transporte	5	83
Falta da notificação do nascimento	4	67
Mudança para parentes	2	33
Aspectos culturais	2	33
Acesso	1	17

Fonte: Elaborado pela autora

As principais vantagens da VD elencadas para o profissional foi a experiência, seguidas pelo vínculo e conhecimento do contexto (TABELA 14); para a puérpera orientação desmistificar crenças (TABELA 15); para o RN acompanhamento e prevenção de agravos (TABELA 16) e, para família segurança e esclarecimento de dúvidas (TABELA 17).

TABELA 14- VANTAGENS DE REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA O PROFISSIONAL, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Experiência	4	67
Conhecer o contexto	3	50
Vínculo	3	50
Alimentação	3	50
Higiene e conforto	3	50
Atualização	2	33
Orientação	2	33
Aleitamento materno	1	17

Fonte: Elaborado pela autora

As principais dificuldades elencadas foram a falta de transporte (83%), seguida pela falta da notificação do nascimento (66%) a mudança para casa de parentes também foi citada (TABELA 14).

TABELA 15- VANTAGENS DE REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA A PUÉRPERA, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Informação	3	50
Vínculo	3	50

Desmistificar crenças	2	33
Orientação e cuidados	1	17
Alimentação	1	17
Vacinação	1	17
Higiene	1	17
Reduzir ansiedade	1	17
Facilitar acesso	1	17
Conhecer o contexto	1	17

Fonte: Elaborado pela autora

TABELA 16- VANTAGENS DE REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA O RECÉM-NASCIDO, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Acompanhamento	3	50
Prevenção de agravos	2	33
Amamentação	1	17
Higiene	1	17
Vacinação	1	17
Orientação	1	17
Eficiência nas intervenções	1	17
Cuidado integral	1	17
Vínculo	1	17
Estratificação de risco	1	17
Exame físico do RN	1	17
Sem resposta	1	17

Fonte: Elaborado pela autora

As principais vantagens elencadas para o profissional foi experiência, vínculo e conhecer o contexto, para a puérpera orientação desmistificar crenças, para o RN acompanhamento e prevenção de agravos e para família segurança e esclarecimento de dúvidas.

TABELA 17- VANTAGENS DE REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PARA A FAMÍLIA, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Segurança	2	33
Esclarecer dúvidas	2	33
Vínculo	2	33
Orientação/informação	2	33
Quebra de preconceitos	1	17
Conscientização	1	17
Agendar consulta	1	17

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto à utilização de algum recurso para nortear a primeira VD, 6% sinalizaram que faz uso de recursos para auxiliar a realização da VD (GRÁFICO 11), sendo que a Sistematização da Assistência de Enfermagem foi citada por uma enfermeira e, duas delas não responderam (TABELA 18).

GRÁFICO 6- UTILIZA ALGUM RECURSO PARA NORTEAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR, PITANGA-PR, 2019



Fonte: Elaborado pela autora

TABELA 18- QUAL RECURSO UTILIZA PARA REALIZAR A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR, PITANGA-PR, 2019

Variáveis	N	%
Sistematização da Assistência	1	
Carteirinha de Pré-natal	1	
Planilha do excel	1	
Sem resposta	2	

Fonte: Elaborado pela autora

5.3.2 Oficinas

Todos os profissionais enfermeiros de saúde atuantes em unidade de APS do Município de Pitanga foram convidados a participar das oficinas para elaboração da Tecnologia Assistencial para realização da primeira VD ao RN, pelo AC. A pesquisadora procedeu ao contato com os enfermeiros em suas unidades de atuação e, foi convidada a médica do Programa Mais Médicos, procedente de Cuba e, atualmente é Coordenadora do Setor de Vigilância em Saúde. Participou também das Oficinas a Secretária Municipal de Saúde, contudo não como respondente, mas pela presença como gestora. Todos aceitaram participar voluntariamente do estudo e, a caracterização dos participantes é descrita no Quadro 5.

QUADRO 5- PARTICIPANTES DAS OFICINAS, PITANGA-PR, 2019

Participante Profissional de Saúde	Idade	Categoria Profissional	Tempo de atuação (anos)	Frequência nas Oficinas
1	40	Enfermeiro	18	3
2	42	Enfermeiro	18	3
3	42	Enfermeiro	19	1
4	34	Enfermeiro	12	3
5	39	Enfermeiro	19	3
6	34	Médico	10	2
7	30	Enfermeiro	07	1
8	52	Enfermeiro	19	1
10	28	Enfermeiro	06	3
11	38	Enfermeiro	15	1
12	31	Enfermeiro	09	2
13	27	Enfermeiro	07	1

Fonte: Elaborado pela Autora (2019).

Destaca-se que 38% participaram das três Oficinas. Embora o número oscilante de participantes, devido a compromissos outros, sempre houve a garantia da representação da maioria dos envolvidos. Para todas elas o material era preparado com antecedência e, continha partes dos resultados da coleta de dados analisados, tanto para a realização do *feedback* da pesquisadora, como também para problematizar as abordagens do dia.

1ª OFICINA Apresentação da proposta de trabalho e dos resultados dos questionários dos ACS	
Data e horário:	07/05/2019, às 15 horas
Local:	Sala de reunião do Setor de Vigilância em Saúde
Duração:	90 minutos
Presentes:	Pesquisadora; Observadora; 7 participantes enfermeiros; Secretária Municipal de Saúde
Objetivos:	✓ Promover socialização e aproximação com o grupo; ✓ Apresentar os objetivos e etapas da pesquisa; ✓ Sondar os conhecimentos da realidade local sobre a realização da primeira VD ao RN; ✓ Apresentar os resultados dos questionários dos ACS; ✓ Apresentar o instrumento proposto pela Linha Guia Mãe Paranaense; Apresentar dados da Revisão iniciando a teorização; e, ✓ Mobilizar os participantes para o desenvolvimento de ações com foco na primeira VD ao RN pelo ACS em Pitanga - PR.
Avaliações	Boa = 1; Ótima = 6

Para o seu desenvolvimento inicial foi aplicado um questionário aos participantes (mesmo molde que os ACSs responderam APÊNDICE 1), exceto para a Secretária Municipal de Saúde, uma enfermeira também, mas estava como ouvinte, prestigiando a oficina.. Foram

apresentados os resultados da 1ª Etapa da pesquisa, o questionário do ACS. No diálogo foram destacados os seguintes aspectos:

- ✓ O apontamento de todos para o fato de o ACS ter possibilidade de realizar a VD a 100% dos RN, em tempo oportuno no Município, contudo falta capacitação dos mesmos;
- ✓ Que há falta de mecanismo de notificação do nascimento para a realização da VD;
- ✓ Necessidade da implementação de um instrumento de suporte para o ACS melhorar a qualidade da visita e de suas considerações;
- ✓ Necessidade da padronização dos fluxos para encaminhamentos e, da informação destes para os ACS;

Para exploração destes resultados, com teorização, foram pontuadas questões da Política Rede Cegonha e, Rede Mãe Paranaense, que estão implementadas e embasam as atividades de Atenção à Saúde Materno Infantil em Pitanga-PR. Foram também trazidos alguns dos achados da Revisão Integrativa, realizada pela autora, sobre o *Estado da arte Visita Domiciliar ao Recém-Nascido*.

Apontou-se que, muito embora os dados encontrados na presente pesquisa sejam semelhantes aos das publicações científicas, ainda há uma lacuna entre as orientações para VD e a prática exercida por estes profissionais de saúde, de modo especial o ACS, no Município. Foi enfatizada e discutida que a construção de um instrumento assistencial poderia auxiliar a abordagem dos ACS durante a VD ao RN e sua família, promovendo a educação em saúde e prevenindo agravos (morbidades), assim como a mortalidade.

E, ao final do processo reflexivo-exploratório mediante teorização a pesquisadora indagou o grupo sobre: **“Quais as informações necessárias para compor um instrumento de suporte ao ACS, respeitando a sua competência técnica para a realização da primeira VD ao RN em Pitanga, de modo a impactar na melhoria da saúde?”**

O resultado das discussões levou a consideração de que o instrumento deveria ser simples e objetivo, de fácil interpretação, não muito extenso, preferencialmente com opções de marcar com ‘X’ a partir das observações realizadas no domicílio, que contemplassem sinais de alerta. Foi concluído também que as informações relevantes oriundas de cada VD, deveria ter um mecanismo de notificação / comunicação às equipes de saúde ou dos encaminhamentos. De maneira que as demandas principais poderiam ser atendidas, sem ferir a competência técnica da categoria profissional do ACS que fará uso majoritário do instrumento.

A pesquisadora solicitou, por fim, que pensassem no decorrer da semana até a próxima oficina, nas sugestões para a construção do instrumento, que atendesse às demandas conhecidas do cenário municipal.

2ª OFICINA Apresentação pela Pediatra sobre as orientações essenciais na primeira VD ao RN	
Data e horário:	17/05/2019, às 08h30min
Local:	Sala de reunião do Setor de Vigilância em Saúde
Duração:	Cerca de 180 minutos
Presentes:	Pesquisadora; Observadora; 6 participantes enfermeiros; 1 médica; 1 médica palestrante
Objetivos:	✓ Apresentar as informações essenciais para avaliação; ✓ Orientar a primeira VD ao RN; e, ✓ Iniciar a elaboração da tecnologia assistencial.
Avaliações	Ótima = 8

Para o desenvolvimento do primeiro objetivo proposto foi convidada a médica pediatra Dra Paulla Damianni Ribeiro Pereira, única profissional da especialidade com vínculo de atuação na Atenção Básica Municipal, e atua no setor hospitalar. Com sua ampla visão das demandas do contexto de Pitanga, a pediatra realizou uma apresentação sob o tema: “*Visita ao Recém-Nascido: Uma abordagem prática*”, com duração aproximada de uma hora. Durante a sua fala foram destacados pela mesma os seguintes aspectos:

- ✓ Mãe e RN vão para casa e agora? A transição hospital/domicílio é permeada por dúvidas;
- ✓ Importância do RN conhecer a mãe e seu contexto para possibilitar uma boa abordagem;
- ✓ O cuidado à criança começa no acompanhamento pré-natal e, as questões da gestação são relevantes para a estratificação de risco da criança;
- ✓ Necessidade do ACS preparar-se para a visita e, na abordagem procurar “não ter pressa, mas, ser ágil, não delongando muito a visita, a família precisa descansar”;
- ✓ Levantar informações do parto;
- ✓ Iniciar a abordagem pela mãe;
- ✓ Perguntas sobre o bebê;
- ✓ Conferir a caderneta da criança;
- ✓ Sinais de alarme.

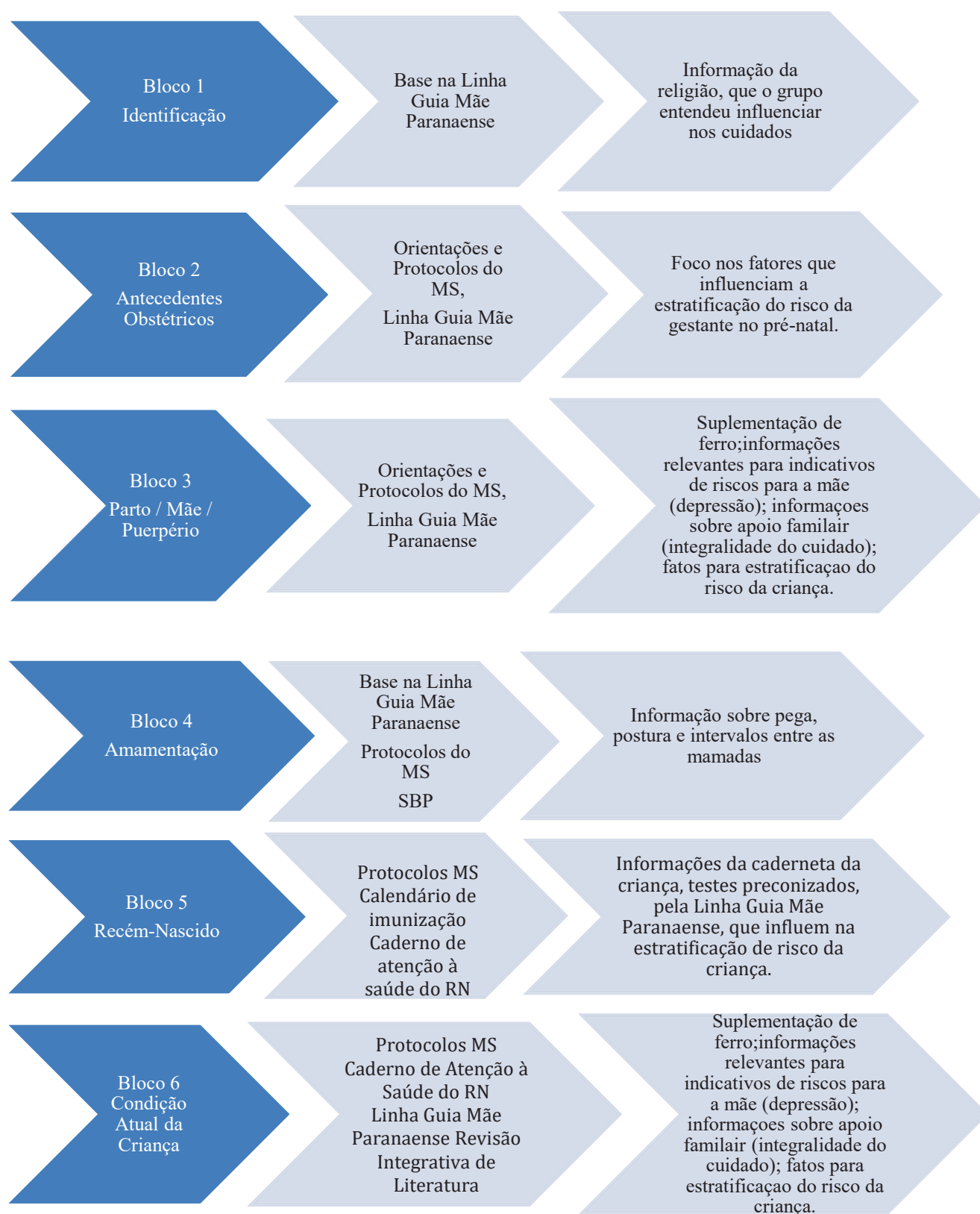
Após a apresentação os profissionais iniciaram a discussão com participação ativa a respeito de quais informações seriam essenciais para a elaboração da tecnologia para a realização da VD ao RN em Pitanga. Durante a discussão a pesquisadora esboçava no centro da mesa de discussões os itens elencados, os quais foram organizados em 6 Blocos de informações à saber: 1. **Identificação**; 2. **Antecedentes obstétricos**; 3. **Mãe/Parto/Puerpério**; 3. **Amamentação**; 4. **Recém-Nascido**; 6. **Condição atual da criança**; e, informações para **Aprazamento de Consultas, e contatos telefônicos pertinentes**. Cada um deles foi composto por questões pertinentes dialogadas nesta Oficina e, para os mesmos sugeridos embasamentos na FIGURA 5.

Aprazamentos de Consultas no final do formulário conforme preconização da Linha Guia Mãe Paranaense. Houve consenso, para que além das informações veiculadas e discutidas, que nortearão à condução da primeira visita ao RN e sua família, como por exemplo, que o instrumento deveria apresentar contatos telefônicos para a celeridade na resolução de situações que demandassem por encaminhamentos. Outro exemplo, se relaciona às informações da mãe em primeira instância foi justificada pela associação direta entre as suas condições de saúde e a do RN, e a mútua influência nesta relação. Durante a apresentação do tema, foi enfatizado pela médica pediatra o risco aumentado da mortalidade neonatal relacionado a infanticídios e a inter-relação com a depressão pós-parto.

Outro aspecto abordado, foi o relacionado aos mitos que permeiam o período puerperal, e, precipitam desfechos de risco para o RN, exemplificando os relativos a restrição alimentar excessiva da mãe, a utilização de substâncias para banho ou no coto umbilical, com potencial risco para toxicidade ou infecção nos cuidados diretos com o RN.

Para finalizar, foi agendada a data e horário da próxima oficina e, também que nela seria apresentado o primeiro esboço organizado do instrumento contendo as informações discutidas e pactuadas, em formato digital, para avaliação e validação pelo grupo. Bem como, para as sugestões de ajustes que julgassem necessários.

FIGURA 5- BLOCOS APLICADOS À TECNOLOGIA SEGUNDO AS SUAS BASES LEGAIS, TEÓRICAS, PROGRAMÁTICAS E O CONTEÚDO VEICULADO, PITANGA – PR, 2019



FONTE: Autora (2019).

3ª OFICINA Apresentação da Tecnologia Assistencial para nortear a Primeira VD ao RN	
Data e horário:	31/05/2019, às 15h00
Local:	Sala de reunião do Setor de Vigilância em Saúde
Duração:	Cerca de 60 minutos
Presentes:	Pesquisadora; Observadora; 8 participantes enfermeiros; 1 médica
Objetivos:	✓ Apresentar o esboço organizado da Tecnologia Assistencial para nortear a realização da primeira VD ao RN em Pitanga – PR; ✓ Analisar coletivamente o formulário; ✓ Discutir ajustes necessários; ✓ Validar coletivamente o instrumento de tecnologia aplicável à primeira visita domiciliar ao RN.
Avaliações	Ótima = 9

Para o desenvolvimento da atividade nesta Oficina primeiramente entregou-se a cada participante uma via impressa da tecnologia, de elaboração participativa com as discussões e contribuições da oficina anterior. Além disto, também foi entregue uma Ficha para Avaliação e Validação, amparada pela *Escala de Likert* (APÊNDICE 4), possibilitando a avaliação do conteúdo dos 7 Blocos que compõem o formulário-guia, a saber: 1. Identificação; 2. Antecedentes obstétricos; 3. Mãe/Parto/Puerpério; 3. Amamentação; 4. Recém-Nascido; 6. Sinais de Alarme; e, informações sobre Aprazamento de Consultas e telefones de contato pertinentes.

Após apreciação coletiva, discussão, esclarecimentos todos os presentes sinalizaram na Ficha de Avaliação e Validação. Todas as respostas foram organizadas para que fossem atendidas as sugestões, as quais se sintetizam em:

- ✓ Bloco 2 - Antecedentes Obstétricos: de aborto para aborto/natimorto; de infecção urinária para infecção urinária de repetição; de cirurgia bariátrica para cirurgia bariátrica a menos de 2 anos; e, a inserção do item prematuridade.
- ✓ Bloco 5 - Recém-nascido: foi solicitada a inserção do Teste da Linguinha dentre os exames para a Triagem Neonatal.

Na sequência, os ajustes na versão final já foram realizados e apresentados em projeção Datashow para apreciação coletiva, com validação verbal dos participantes. A pesquisadora se comprometeu com o grupo de participantes a encaminhar a versão final para apreciação, análise e validação da Gestão Municipal e, de especialistas com *expertise* na área, além de que a versão final será implementada no município após apreciação e aprovação do Conselho Municipal de

Saúde. Mediante a avaliação final das Oficinas pode-se perceber que os participantes ficaram satisfeitos com o trabalho e, com o seu resultado do *constructo*.

5.4 ANÁLISE E VALIDAÇÃO POR PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS NA APS E ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL

Após análise e aplicação do formulário de avaliação (APÊNDICE 4) as pontuações foram calculadas com base no IVC, estabelecendo para este estudo um valor de 1,00, o que torna válido o conteúdo, não houve item considerado inadequado. Sendo que, posteriormente, as sugestões realizadas pelos juízes foram acatadas integralmente.

5.5 TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA

A Tecnologia assistencial desenvolvida é apresentada neste subcapítulo em seu formato final, já com a logo do Município de Pitanga, estado do Paraná.

UAPS: _____ PROFISSIONAL: _____ DATA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA MÃE			
NOME:		TELEFONE:	
ENDEREÇO:		OCUPAÇÃO:	
DN:	IDADE:	ESCOLARIDADE	
ESTADO CIVIL:		NOME DO COMPANHEIRO:	
RENDIA:	RELIGIÃO:	ACS:	

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS			
GESTA:	PARTO NORMAL:	CESÁREA:	ABORTO/NATIMORTO:
DATA DO ÚLTIMO PARTO:	Nº FILHOS VIVOS: Nº FILHOS MORTOS:	HISTÓRICO DE PREMATURIDADE:	DUM: DPP:
ANTITETANICA: _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____	HEPATITE B: _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____	DTPA: _____/_____/_____ INFLUENZA: _____/_____/_____ Nº DE CONSULTAS:	RISCO GESTACIONAL ☐ HABITUAL ☐ INTERMEDIÁRIO ☐ ALTO RISCO (_____)
AGRAVOS:	☐ HIPO/HIPERTIROIDISMO	☐ DEPENDÊNCIA QUÍMICA	☐ NATIMORTO
☐ DIABETES	☐ DST (_____)	☐ EPILEPSIA	☐ DEPRESSÃO
☐ HIPERTENSÃO	☐ INFECÇÃO URINÁRIA REPETIÇÃO	☐ OBESIDADE	☐ BARIÁTRICA A MENOS DE 2 ANOS
☐ CIRURGIA ÚTERO/VAGINAL	☐ DOENÇA AUTOIMUNE	☐ MAIS DE 40 ANOS	☐ OUTROS:
USO DE MEDICAÇÕES:			

PARTO / MÃE / PUERPÉRIO			
DATA PARTO: ____/____/____	HORA:	☐ NATURAL ☐ CESÁREO ☐ FÓRCEPS	
☐ ÚNICO ☐ GEMELAR	SE PARTO VAGINAL:	☐ EPISIOTOMIA ☐ ESPONTÂNEO ☐ INDUZIDO	
LOCAL DE NASCIMENTO:		ALOJAMENTO CONJUNTO: ☐ SIM ☐ NÃO	
COMPLICAÇÕES NO HOSPITAL:			
APARÊNCIA: ☐ FELIZ ☐ TRISTE ☐ AGITADA ☐ POUCO COMUNICATIVA ☐ OUTROS:			
POSSUI APOIO FAMILIAR? QUEM?		ALIMENTAÇÃO:	SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO: ☐ SIM ☐ NÃO
COMPLICAÇÕES NO DOMICÍLIO: ☐ FEBRE ☐ SANGRAMENTO INTENSO		☐ DOR ONDE? _____	
DATA DA CONSULTA PUERPERAL: ____/____/____			

AMAMENTAÇÃO			
ALEITAMENTO: ☐ LEITE MATERNO (LM) ☐ MISTO ☐ ARTIFICIAL			
A CADA QUANTAS HORAS?	DURAÇÃO DA MAMADA?	PEGA CORRETA?	SENTE O LEITE DESCER?
MAMA EMPEDRADA?	MAMILO INVERTIDO?	MAMILO MACHUCADO?	MASTITE?

ORIENTAÇÕES PARA AS MÃES NUTRIZES: lavar as mãos; sentar-se confortavelmente, com suporte para suas costas e braços; limpar o bico e aréola com o próprio leite; apoiar a criança mantendo sua barriga em contato com a barriga da mãe e nuca do bebê apoiada no cotovelo da mãe; ofertar uma mama até o esvaziamento (se este ocorrer), depois trocar de mama; o bebê mamará quanto for necessário para ficar satisfeito- duração média de mamada em torno de 15 a 20 minutos ou mais; a oferta do leite materno é livre, de acordo com o bebê mas, oriente para que não ultrapasse 3 horas de intervalo entre as mamadas (pode fazer baixa de açúcar no sangue e ficar sonolento).

RECÉM-NASCIDO			
NOME: _____			
☐ VIVO ☐ MORTO	SEXO: _____	APGAR: 1º MIN: _____	5º MIN: _____
☐ PRÉ-TERMO ☐ À TERMO ☐ PÓS-TERMO	Nº DE SEMANAS: _____		
PESO: _____	ALTURA: _____	PC: _____	PT: _____
DATA DA ALTA: ____/____/____	ONDE: ☐ ENFERMARIA ☐ UTI FICOU INTERNADO		
REGISTRO DE NASCIMENTO:	MOTIVO: _____		
☐ SIM ☐ NÃO	VACINAS: BCG ____/____/____ HEPATITE B ____/____/____		
SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO: ☐ SIM ☐ NÃO	OUTRAS VITAMINAS: _____	TESTE DA LINGUINHA: ☐ SIM ☐ NÃO	RESULTADO: _____
TESTE DO PEZINHO ☐ SIM ☐ NÃO	COLETADO COM QUANTAS HORAS DE VIDA: _____	TESTE DO OLHINHO ☐ SIM ☐ NÃO	RESULTADO: _____
TESTE DO CORAÇÃOZINHO ☐ SIM ☐ NÃO	RESULTADO: _____	TESTE DA ORELHINHA ☐ SIM ☐ NÃO	RESULTADO: _____
CONDIÇÃO ATUAL DA CRIANÇA			
HIGIENE ☐ BOA ☐ RUIM	FREQUÊNCIA DO BANHO: _____	TROCA DE FRALDA	FREQUÊNCIA? _____ USA LENÇO? _____ TIPO? _____ ASSADURA? _____
URINA QUANTAS FRALDAS TEM XIXI NO DIA? _____ MENOS DE 4X AO DIA ENCAMINHAR	FEZES INTERVALO ? _____ VEZES POR _____	COR OLHAR CADERNETA E ORIENTAR ☐ NORMAL ☐ SUSPEITA*	
UMBIGO ☐ LIMPO ☐ COM CURATIVO ☐ CHEIRO FORTE* ☐ SECREÇÃO* ☐ QUENTE* ☐ VERMELHIDÃO*	FEBRE: TEMPERATURA AXILAR ACIMA DE 37,8°C ☐ SIM* ☐ NÃO	GEMÊNCIA: ☐ NÃO ☐ SIM* ENCAMINHAR URGENTE	
	CHORO: ☐ ININTERRUPTO* ☐ CHORO BAIXO/ FRACO* ☐ NORMAL	COR DO BEBÊ: ☐ ROSADO ☐ AMARELO* ☐ PÁLIDO* ☐ AZULADO*	
VÔMITO ☐ NÃO ☐ SIM* ENCAMINHAR	ONDE DORME: _____	SINAIS DE ALERTA: Alteração na cor da pele; Recusa alimentar; Gemidos; Vômitos importantes ; Choro persistente e inconsolável; Dificuldade respiratória; Convulsões; Febre ou Hipotermia (< 35,5°C).	

APRAZAMENTO DE CONSULTAS:	CONTATOS IMPORTANTES:
ATÉ O 10º DIA _____	TRANSPORTE MUNICIPAL: 192
1 MÊS _____	BOMBEIROS (EMERGÊNCIA): 193
2 MESES _____	CENTRO DE SAÚDE (POSTÃO): 36463722
3 MESES _____	UAPSF: 36464978
4 MESES _____	ESF CENTRO: 36462791
5 MESES _____	ESF SÃO BASÍLIO: 36462842
6 MESES _____	ESF MARISTELA: 36461871
9 MESES _____	ESF SANTA REGINA: 36461818
1 ANO _____	ESF PLANALTO: 36465816

DÚVIDAS: _____

* ALTERAÇÕES PERCEBIDAS OU RELATADAS. VOCÊ DEVERÁ COMUNICAR A ENFERMEIRA IMEDIATAMENTE PARA AS PROVIDÊNCIAS.

5.6 CAPACITAÇÃO PARA O USO DA TECNOLOGIA ASSISTENCIAL

A capacitação dos ACSs para o uso da Tecnologia Assistencial que norteará a realização da primeira VD ao RN, aconteceu em 12 de junho de 2019, às 15h00, no auditório do Centro Cultural, no município de Pitanga - PR, com duração de aproximadamente 120 minutos. Estavam presentes, além da pesquisadora e da observadora, 62 participantes, em sua grande maioria os ACSs, mas, também contou com a presença de uma enfermeira, que é a atual Coordenadora da APS no município e, de uma Técnica em Enfermagem.

Para o desenvolvimento da atividade foram entregues a cada participante cinco vias da Tecnologia e, a mesma foi projetada em multimídia. A pesquisadora fez um breve relato do motivo pelo qual aquele instrumento foi preparado, quais os cuidados tomados para o seu preparo, com ênfase na construção coletiva e participativa, e do trâmite que o mesmo deverá passar para culminar com a implementação oficial no cenário de prática de todos os presentes.

Foi feita apresentação minuciosa de cada Bloco pela pesquisadora, com abertura para perguntas e discussão de cada participante. A receptividade boa, muitos prospectaram em suas falas e observações, espera-se bons resultados com aplicação da Tecnologia **Assistencial para a Primeira Visita Domiciliar ao Recém-nascido e Família**, no município de Pitanga.

5.7 APROVAÇÃO PELAS INSTÂNCIAS GESTORAS E CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretária Municipal de Saúde, Sra. Emilly Caroline Sakurai, Enfermeira, foi informada e consultada pela intenção deste desenvolvimento desde o início, além de aprovar e apoiar o desenvolvimento da ideia, participou integralmente da 1ª Oficina e, foi informada dos resultados das demais.

Posteriormente, da finalização do formulário após as oficinas e, de sua apreciação pelos especialistas foi realizada a mesma foi apresentada para a Secretária de Saúde e, o médico, atualmente Prefeito Municipal Sr Maicol Geison Callegari Barbosa, para apreciação e sugestões adicionais. Na ocasião, a Tecnologia Assistencial foi aprovada por ambos. Na sequência, foi agendada reunião para apresentação junto ao Conselho Municipal de Saúde.

No dia 28 de junho de 2019, foi realizada apresentação da Tecnologia Assistencial para a primeira Visita Domiciliar ao Recém-nascido, no Município de Pitanga e, aprovada por

unanimidade pelo Conselho Municipal, conforme Resolução de Aprovação nº 04/2019 (ANEXO 2).

Na sequência, os ACSs e demais profissionais, passaram a aplicar a Tecnologia Assistencial em seu cotidiano de trabalho e, está programada nova capacitação para sanar dúvidas que ainda perduram, agendada para o dia 02 de outubro de 2019.

Atualmente os ACSs e demais profissionais estão fazendo o uso da Tecnologia e haverá nova capacitação para sanar dúvidas agendada para dois de outubro de 2019.

5.8 OS PROCEDIMENTOS PARA REGISTRO DA TECNOLOGIA

Foi realizado contato com a Biblioteca Nacional para proceder o registro da Tecnologia Assistencial, entretanto, o modelo formulário não é no momento passível de patente.

Posteriormente, foi realizado contato com o Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN/PR) via telefone para solicitação de registro, os atendentes informaram que se trata de uma demanda nova, nunca realizada pelo COREN/PR e solicitaram o registro de uma ouvidoria no *site*, a qual foi realizada em 25 de julho de 2019, sob o Protocolo: COREN-PR156406438011025143305, sem resposta até o momento.

6 DISCUSSÃO

6.1 ASPECTOS RELEVANTES DA APLICAÇÃO DOS FORMULÁRIOS

Com relação à informação dos nascimentos que chegam aos ACS a relevância da comunidade é expressa pela vizinhança, que indica a coesão populacional, respeito e considerações solidárias entre os vizinhos. Por outro lado este *modus operandi* indica fragilidade no processo de notificação por diversos segmentos, a saber: por parte da instituição hospitalar que realiza os partos de residentes no município, que não contra referência as puérperas para seu cenário de procedência, aspecto que contraria a recomendação da Rede Mãe Paranaense; outra falha pode ser apontada no sistema de APS do município, na vigilância de seus nascidos-vivos, que constituem baixo quantitativo, cerca de menos de dois nascimentos por dia anualmente. Este achado é convergente com a literatura científica, na qual, uma das barreiras identificadas para realização da primeira VD ao RN, foi a falta de notificação do nascimento para a organização da demanda pelos agentes de saúde (AMARE et al., 2018).

A falta do encaminhamento da via rosa da Declaração de Nascido Vivos, que permite a comunicação de registros além dos dados do nascimento, como informações gerais sobre o estado de saúde da puérpera e do RN, resulta em dificuldade dos profissionais da Unidade de Atenção Básica para a organização do fluxo das primeiras visitas e, de outras intervenções pertinentes, considerando não haver nenhuma informação que norteie a demanda das ações necessárias, a cada binômio. Embora exista uma organização já desenvolvida pela APS, sobretudo pela maioria dos ACS em realizar a visita ao RN entre o 6º e o 10º dia de vida, fora do período preconizado no estado (PARANÁ, 2018) que é de até o 5º dia pós-parto., e cerca de um terço deles realiza entre o 4º e o 5º dia após o nascimento. Segundo a PNAISC deve ser realizada VD na primeira semana após o nascimento ou, antes caso haja necessidades especiais (BRASIL, 2018).

O ACS caracteriza o principal contato da unidade de saúde com a puérpera e o RN, nesta pesquisa cerca de 70% deles responderam ser o único profissional a realizar a VD, sendo que em sua ausência ninguém mais abordará a família. Uma realidade, mesmo que insatisfatória, encontrada nos países em desenvolvimento, nos quais há carência de outros profissionais e, o ACS ou até mesmo voluntários treinados, tornam-se uma das únicas possibilidades para a realização da primeira abordagem em tempo oportuno ao RN e sua

família (TOMLINSON, 2014; LASSI et al., 2014; ANSAH MANU et al., 2014; KOZUZI et al., 2015; PITT et al., 2016; AMARE et al., 2018).

Contudo recentemente no Portaria GM/MS nº 2.436 de 2017, que regulamente a APS, apresentou alterações que levaram a manifestação da classe de enfermagem. O texto ministerial além de manter as orientações de legislações anteriores quando as atribuições do ACS de orientação e apoio, por meio das VDs, amplia suas atividades em domicílio inserindo como atribuição de ACSs capacitados: a aferição de pressão arterial; medição da glicemia capilar; aferição da temperatura axilar; e realização de técnicas limpas de curativo (BRASIL, 2017b) a partir da realização de um curso, o que gerou manifestação do COFEN por meio do parecer Nº 01/2018 com posição contrária a instituição da Portaria MS nº 083/2018, que instituiu a oferta de curso Técnico de Enfermagem aos ACSs pois não exige a formação de escolaridade mínima, o ensino médio completo, e contrário a nova PNAB que atribui aos ACSs ações técnicas realizadas por profissionais de enfermagem (COFEN, 2018).

Todavia, houve menção ao fato de que a enfermeira da unidade realiza a VD ao RN na impossibilidade do ACS, contudo por apenas cerca de $\frac{1}{4}$ dos ACS respondentes, que pode sinalizar pela dificuldade para disponibilização de um profissional de nível superior, nas unidades de saúde do município de Pitanga.

No Brasil, de cinco pesquisas, quatro apresentam propostas de VD a ser realizada pelo profissional enfermeiro (MAZZO et al., 2014; SANTOS et al., 2014; LUCENA et al., 2018; MEDEIROS et al., 2018). E em três estudos, realizados nos Estados Unidos há menção do enfermeiro para esta atividade (PARKER et al., 2015; MILLER, 2015; AWINDOAGO et al., 2016).

E, para que a VD seja realizada há uma condição que parece simples, mas se constitui em dificuldade: a localização de sua residência. Há consenso entre os profissionais de saúde quanto a ocorrência do fenômeno ‘troca de endereço’ para o atendimento de pré-natal e, com maior ênfase para o atendimento ao período puerperal.

Esta situação se caracteriza, de acordo com os ACSs participantes da pesquisa, como a principal dificuldade para o cumprimento da primeira visita em tempo oportuno e recomendado, os endereços são de casas de parentes, nem sempre localizados. Há ainda os fatores culturais que podem interferir diretamente na resistência em receber visitas antes do sétimo dia de vida, dificultando também, o primeiro contato com a puérpera e seu neonato.

Ainda assim, as dificuldades encontradas pelos ACS variam significativamente se comparados seus contextos de trabalho, sendo que os profissionais do interior, da área rural,

tendem a apontar como impeditivos aspectos como a chuva, a distância e, o acesso, características comuns ao meio rural. Os profissionais que ficam na área urbana, elegeram aspectos comuns à sua área de abrangência, com aspectos variados, como a família residir em apartamento e, a presença de cachorros. Outras dificuldades elencadas for a falta de transporte, majoritária, é a falta da notificação do nascimento, a mudança para casa de parentes. Sendo que a falta de transporte se assemelha com achados internacionais no âmbito das barreiras para a realização da VD (AMARE et al., 2018; CHEN et al., 2014) e, a falta da notificação do nascimento fere a preconização estadual no Paraná, pois a Linha Guia Apresenta como responsabilidade do hospital notificar o nascimento (SESA, 2018).

Dados instigantes foram apresentados como a mãe se ‘inexperiente’, o que talvez poderia ser uma potencialidade para o trabalho de educação em saúde do ACS foi apresentado como uma dificuldade. A falta de transporte, falta de recursos e falta de profissionais também foram respostas que levam à reflexão, pois o ACS atua em uma área adstrita, para a qual tenha possibilidade de acessar frequentemente, mesmo caminhando, sem a demanda de veículo, neste sentido o ACS é o profissional certo para a atribuição da VD ao RN.

Outra resposta apresentada e de difícil interpretação foi o de haver antagonismo entre as informações fornecidas pelo ACS e as fornecidas pelo pediatra, mas tais controvérsias não foram explicitadas no texto.

Alguns profissionais não elencaram dificuldades ou afirmaram não apresentar dificuldade alguma, fato que pode estar relacionado à dificuldade de reflexão crítica frente à realidade de trabalho. Fato que remete à formação destes indivíduos, a escolaridade exigida para o cargo no processo de seleção consiste em ensino fundamental. Contudo, parte dos ACS possui, além do ensino Fundamental e Médio, o curso Técnico em Enfermagem, que propicia maior conhecimento para análise de aspectos relacionados ao processo saúde-doença.

Neste sentido, apesar da legislação vigente no Brasil indicar qualquer profissional da equipe de APS para realização da primeira VD ao RN, reflexiona-se sobre a potencialidade da realização desta abordagem por profissional enfermeiro, tal como apontado por países desenvolvidos à exemplo dos Estados Unidos da América. Porém, por hora no contexto do país em desenvolvimento, sobretudo no cenário da pesquisa como exemplo de um município do interior, fomenta-se a qualificação do ACS e a supervisão com comunicação técnica entre a equipe para transpor tais dificuldades.

Deve ser levado em consideração que para o sucesso na abordagem é preciso que haja dimensionamento de pessoal em área de trabalho realista, a qual permita boa cobertura

das ações. Áreas inacessíveis podem demandar algum planejamento estratégico diferenciado. Reitera-se que os investimentos em sistemas de notificação eficazes são essenciais (AMARE, 2018).

Os ACS participantes apontaram como principais vantagens ao seu trabalho propiciadas pela VD: o conhecimento; seguido pela orientação; acompanhamento e informação. Ademais, foram citadas como vantagens a possibilidade de abertura do prontuário do RN, a abordagem, a prevenção, o desafio, possibilidades de intervenções de cunho multidisciplinar, o planejamento familiar, a vacinação, a definição de prioridades e, com menor frequência, a experiência, a coleta de dados, a motivação, o *feedback*, a integração da equipe e a avaliação do contexto familiar e estado de saúde da puérpera e RN. Dois profissionais, no entanto, não responderam à questão, o que reforça a hipótese de que esses profissionais possuam dificuldade em perceber potencialidades e/ou dificuldades na atuação profissional, ambas situações que demandam por maior atenção para sua qualificação.

Em termos das vantagens da VD para a puérpera, a orientação e a amamentação representam os dados mais citados pelos ACS. Informação, cuidado, alimentação, oferta de serviços, segurança e higiene também apresentam relevância nas respostas. A possibilidade de desmistificar crenças, a observação de aspectos psicológicos, o autocuidado, autoestima, bem-estar, apoio e experiência foram elencados posteriormente. Um profissional não respondeu este questionamento.

A VD pode contribuir para melhoria dos indicadores de saúde maternos e infantis e dos conhecimentos e práticas de saúde das mães, relacionados aos cuidados com as crianças (PENFOLD et al., 2014; MAIA et al., 2018), bem como, com a melhoria do Aleitamento Materno exclusivo (TOMLINSON et al., 2014; MILLER, 2015; WAISWA et al., 2015; MAIA et al., 2018) e, reduzir a morbidade neonatal e infantil (MAZUNDER et al., 2014).

A amamentação consiste na principal vantagem para a família elencada pelos profissionais ACS. Orientação, cuidados, segurança e apoio também apresentaram relevância nas respostas. Prevenção, conhecimento, informação, acolhimento, uso de contraceptivos, oferta de serviços, apoio psicológico, diminuição de consultas clínicas, diminuição de complicações pós-parto, garantia de direitos, diminuição da moralidade, suporte/apoio para a família e a possibilidade de proporcionar um contexto saudável, foram as demais vantagens citadas.

A dificuldade de reflexão também se refletiu no número de respostas, foi solicitado que fossem elencadas três vantagens para cada grupo, entretanto a maioria dos questionários foi entregue com campos em branco, sem preencher, e alguns até sem nenhuma resposta.

Em termos de utilização de recursos para nortear a primeira VD ao RN, foi prevalente a indicação pela utilização de algum recurso, $\frac{1}{4}$ dos ACS não utilizam recurso algum, menor quantitativo utiliza às vezes e poucos, manifestaram que gostariam que houvesse um material específico para apoio.

O trabalho multidisciplinar foi apontado como uma das ferramentas mais usada devido à possibilidade de maior suporte técnico-científico e, por fornecer informações claras, que viabilizariam a transmissão com mais segurança de informações para as famílias. Entretanto, nem todos os ACS possuem equipe de referência próxima, ou com possibilidade de comunicação frequente. Panfletos, conforme citaram os profissionais, estão mais disponíveis do que outros instrumentos e, por vezes, são os únicos ao alcance.

Apenas cinco ACS citaram materiais do programa Mãe Paranaense, o que aguça certa preocupação, tendo em vista que este é atualmente o material preconizado no Município.

Treinamentos foram citados também como uma ferramenta que auxilia o trabalho, fazendo referência à importância das políticas públicas de educação permanente que possibilita o aprimoramento fundamental aos profissionais para a efetividade da APS.

Por fim, a falta de padronização também ficou constatada nas respostas quanto ao uso de recursos para auxiliar na realização da VD, enquanto a maioria sinalizou utilizar algum, o tipo foram os mais variados.

6.2 TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA NORTEAR A REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO

6.2.1 Identificação

No campo de identificação além dos dados básicos como nome, data de nascimento, endereço e telefone, alguns outros foram contemplados como, ocupação, escolaridade, renda, estado civil e religião tendo em vista que são informações que influenciam no contexto familiar, na saúde, e nos cuidados com o RN.

A avaliação efetiva e sensível da qualidade de vida de uma população é importante para o entendimento das condições de saúde de uma sociedade. Situações de desigualdade a

que algumas mulheres estão sujeitas, relacionadas às condições socioeconômicas, variáveis sociais como escolaridade da mãe, etnia e ao acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno, podem influenciar nos índices de mortalidade materna e infantil (PARANÁ, 2018).

6.2.2 Antecedentes Obstétricos

No campo de informações relacionadas aos antecedentes obstétricos as informações visam conhecer o histórico, com a finalidade de organizar as informações de relevância para vigilância em saúde, no âmbito de prevenção e promoção da saúde. Deste modo, solicita-se o levantamento do histórico obstétrico, da presença de doenças e agravos, do histórico de imunização e da estratificação de risco no pré-natal.

É imprescindível conhecer a sua população com suas características singulares, como as doenças específicas da gestação, prevalentes nesse território de atuação que caracterizam um risco maior de adoecer e morrer, e a partir da estratificação planejar e estabelecer atendimentos com necessários para cuidados integrais para prevenção de intercorrências (PARANÁ, 2018).

O popular ditado “melhor prevenir do que remediar” aplica-se perfeitamente à imunização/vacinação. Por mérito das vacinas, muitas doenças comuns no Brasil e no mundo deixaram de ser um problema de saúde pública, levanta até a erradicação de algumas patologias. O Brasil disponibiliza 19 vacinas para mais de 20 doenças, cuja proteção inicia ainda nos RNs, podendo se estender por toda a vida (BRASIL, 2019).

Na APS, a Rede Mãe Paranaense estabeleceu a estratificação de risco sendo possível a classificação em três possibilidades: Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco, e, a partir dessa identificação, oferecer os atendimentos nos diversos níveis de atenção à saúde, visando atender as necessidades identificadas (PARANÁ, 2018).

6.2.3 Parto/Mãe/Puerpério

No campo de informações relacionadas a Parto/Mãe/Puerpério foram elencadas primeiramente as informações sobre tipo de parto e possíveis complicações relacionadas, tendo em vista que muitos agravos à saúde do RN possuem relação com o parto e as primeiras 72 horas do período de pós-parto imediato, conduzidos no ambiente hospitalar (BRASIL, 2012a).

A mãe e sua condição de saúde refletem diretamente nas condições do RN, o atendimento do RN durante a primeira VD exige primeiramente o olhar para a mãe. O puerpério

é um período difícil, de readaptação da puérpera tanto em relação ao bebê quanto às modificações em seu corpo (ACOSTA et al., 2012), o que demanda suporte familiar/social.

Cabe as profissionais de saúde na primeira VD olhar integral para esta puérpera, e neste sentido, entre outras observações, atentar-se para sinais de Depressão Pós-parto (BRASIL, 2012a), abordados na Tecnologia nos campos de aparência da mãe, questionar sobre a alimentação, os preceitos científicos para uma alimentação saudável são bastante difundidos e reconhecidos como essenciais às demandas nutricionais no puerpério e para a lactação (BAIÃO; DESLANDES, 2006) além das investigações sobre as alterações de humor da materno, relacionado à dieta perinatal no pós-parto (BOLTON et al., 2017). A suplementação de sulfato ferroso é indicada até três meses pós-parto, para prevenção de anemia (BRASIL 2013b).

Algumas das complicações pós-parto estão associadas à via de parto, um estudo realizado no Sul do Brasil indicou um risco 56% maior de complicações precoces em partos cesarianos, que representaram na amostra 44% dos partos, quase metade. Nos partos cesarianos há chance 2,98 vezes maior de infecção pós-parto, 79% mais risco de infecção urinária, 2,40 vezes maior de dor, 6,16 vezes maior de cefaleia e mais de 12 vezes maior de complicações anestésicas. Já o parto normal apresentou maior probabilidade para presença de hemorroidas (MASCARELLO et al., 2018). Atenta-se para a recomendação da OMS, desde 1985, para que a proporção de cesariana seja de 15% do total de partos (WHO, 1985).

O MS indica a verificação das principais intercorrências possíveis no puerpério: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo-ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos, e indica no caso de detecção de alguma dessas alterações, a solicitação de avaliação médica imediata (BRASIL, 2006).

6.2.4 Amamentação

O aleitamento materno é uma estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil, e para impacto na promoção da saúde. Com evidências científicas suficientemente comprovadas a respeito da superioridade do leite materno em detrimento de outras fórmulas para bebês (BRASIL, 2015). E constitui-se em um dos cuidados básicos que devem ser incentivados a todos os RNs (WHO, 2009).

A amamentação é vital para a saúde, protege os RNs de infecções e salva vidas, melhora o Quociente de Inteligência (QI), o desempenho e a frequência escolar, estando

associada a rendas mais altas na vida adulta. Crianças e adolescentes que foram amamentados quando bebês têm menor propensão de apresentar excesso de peso ou obesidade. A amamentação está associada à redução do risco de câncer de mama nas mães (WHO, 2018).

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental, para colaborar para que mãe e criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, necessárias e adequadas para o seu êxito da amamentação (BRASIL, 2015).

O intervalo, a duração da mamada e a pega são imprescindíveis para o sucesso do aleitamento materno. É importante que a mãe fique em posição confortável e relaxada. O posicionamento da criança deve ser orientado no sentido de garantir o alinhamento do corpo de forma a manter a barriga da criança junto ao corpo da mãe e, facilitar a coordenação da respiração, sucção e deglutição. A pega correta acontece quando o posicionamento adequado permite que a criança consiga abocanhar quase toda, ou toda, a região mamilo areolar, e garanta a retirada do leite durante a sucção (BRASIL, 2015).

A pega incorreta pode implicar em complicações como aparecimento de fissuras (rachaduras) no mamilo, provocando dor e atrapalhando a amamentação. As mães com fissuras devem ser orientadas a manter os mamilos secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar, realizar trocas frequentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite e a introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial (canto) da boca do bebê, se for preciso interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio. Outras complicações possíveis são: o engurgitamento e a mastite e abscesso mamário (BRASIL, 2009).

O engurgitamento mamário é mais comum entre o terceiro e quinto dias pós-parto, decorrente da produção de leite superior a demanda, causa dor, edema, hiperemia e a mulher pode apresentar febre. A mastite é um processo inflamatório ou infeccioso, habitualmente ocorre a partir da segunda semana após o parto, geralmente, é unilateral e pode ser consequente ao ingurgitamento indevidamente tratado. A mastite exige avaliação médica para o estabelecimento do tratamento medicamentoso apropriado, para evitar a evolução ao abscesso mamário, que pode demandar drenagem cirúrgica. A amamentação na mama afetada deve ser mantida, sempre que possível (BRASIL, 2009).

O tratamento do engurgitamento é realizado através da ordenha manual, para retirada do leite do peito, para tal, é preciso começar com massagens circulares com as polpas dos dedos, indicador e médio, na região mamilo-areolar, progredindo até as áreas mais afastadas e intensificando nos pontos mais dolorosos. Posteriormente, posiciona-se os dedos, indicador e

polegar, no limite da região areolar, seguido por leve compressão do peito em direção ao tórax ao mesmo tempo em que a compressão da região areolar deve ser feita com a polpa dos dedos (BRASIL, 2006).

Quanto ao intervalo, recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama, o que se chama de amamentação em livre demanda. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a 12 vezes ao dia (BRASIL, 2015).

Apesar de não haver preconização quanto a duração da mamada espera-se que a permanência na mama a mãe dê tempo suficiente à criança para ela esvaziar adequadamente a mama. Dessa maneira, a criança recebe o leite do final da mamada, que é mais calórico e importante para o ganho adequado de peso do bebê (BRASIL, 2009).

O processo de apojadura indica a “descida do leite”, em algumas mulheres só ocorre alguns dias após o parto. A mulher deve ser orientada, quanto à importância da estimulação, como sucção frequente do bebê e ordenha. Em alguns casos faz-se necessário o uso de um sistema de nutrição suplementar (translactação), que consiste em um recipiente contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), conectado ao mamilo por meio de uma sonda, que a criança, suga junto com mamilo e recebe o suplemento. Dessa maneira o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado e saciado ao sugar o seio da mãe (BRASIL, 2009).

Casos de mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não a impedem, pois, o bebê deve abocanhar a aréola. A mãe deve ser orientada que com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação e a ordenhar o leite enquanto o bebê não sugar efetivamente, pois, isso ajuda a manter a produção do leite e deixa as mamas macias, facilitando a pega. O leite ordenhado deve ser oferecido ao bebê, de preferência, em copinho (BRASIL, 2009).

Um dos itens contemplados na Tecnologia diz respeito à doação de leite, foi sugerido por uma das juízas. Atualmente o município de Pitanga-PR não dispõe de banco de leite, mas pode ser uma possibilidade futura, e tendo em visto o interesse dos juízes do Estado em expandir o uso para todo estado do Paraná o item foi acolhido.

Quase dois milhões de bebês foram beneficiados com a doação de leite materno no Brasil, nos últimos dez anos, um frasco de leite doado pode alimentar dez bebês. O leite materno doado aumenta a probabilidade de sobrevivência de RNs prematuros internados que o recebem,

pois é o alimento mais adequado, superior a qualquer outro leite, e aumenta a imunidade do bebê (BRASIL, 2019).

6.2.5 Recém-nascido

Como a idade gestacional é determinante para maturidade fisiológica, saber da mesma é essencial para avaliar o risco do RN e pensar em suas demandas. Anualmente nascem no mundo cerca de 20 milhões de RN de baixo peso, muitos em consequência de partos prematuros, e que muitas vezes tem estreita relação com morbimortalidade (BRASIL, 2011).

Quando o nascimento ocorre com 37 semanas de gestação ou mais, o bebê é considerado a termo e usualmente tem boa vitalidade, possuem capacidade de sucção e controle térmico, em geral têm mais de 2.000g, mais de 35 semanas de gestação e índice de Apgar maior que seis no quinto minuto. O índice de Apgar avalia frequência cardíaca, se tem esforço respiratório, o tônus muscular, a irritabilidade reflexa e a cor do bebê, de modo que quanto maior a pontuação, sendo o máximo dez, indica melhor vitalidade ao nascer (BRASIL, 2012a). Crianças com Apgar inferior a sete na avaliação do 5º minuto serão considerados de alto risco na estratificação, e demandam atenção especial (PARANÁ, 2018c).

Quanto à idade gestacional deve ser considerada pois implica no risco da criança. Os bebês com baixo peso ao nascer, particularmente aqueles que nascem pré-termos/prematuros, precisam de cuidados adicionais para sobreviver e permanecer saudáveis. Eles precisam de maior apoio para mantê-los aquecidos, incluindo contato pele a pele com a mãe, assistência no início da amamentação isso pode significar ajudar a mãe a extrair leite materno e alimentar o RN com copinho se o bebê não for forte o suficiente para sugar a mama, atenção extra à higiene, especialmente lavar as mãos, atenção extra aos sinais de perigo e a necessidade de busca e encaminhamento precoce de cuidados, apoio adicional para amamentar e monitorar o crescimento (BRASIL, 2012b).

O Estado do Paraná preconiza a realização dos testes do Pezinho, da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçãozinho (PARANÁ, 2018c). O teste do pezinho é um exame gratuito e obrigatório, realizado no momento da alta hospitalar, para todos os RN com objetivo diagnosticar e tratar precocemente doenças genéticas, que podem causar deficiência intelectual, entre outros danos à saúde do bebê, se não forem tratadas desde os seus primeiros dias de vida (FEPE, 2019).

O teste da orelhinha tecnicamente chamado de teste de emissão otoacústica, foi implementado em 2010. Sua função é detectar deficiência auditiva. O teste do olhinho serve

para verificação da coloração naturalmente vermelha do fundo do olho do RN. É um teste rápido que pode ser realizado pelo pediatra na própria maternidade. Por vezes há necessidade que seja repetido por um especialista em caso de exame duvidoso. O teste do coraçãozinho realizado através do oxímetro de pulso, de forma indolor é estimada a concentração de oxigênio no sangue, dessa forma sendo capaz de detectar problemas cardíacos congênitos complexos que desde o nascimento afetam a concentração sanguínea de oxigênio. E o teste da lingüinha diagnóstico de língua presa (GIBAN, 2015).

6.2.6 Condição atual da criança

Pesquisas têm mostrado que as famílias têm dificuldades em reconhecer sinais de doença grave nos RN, particularmente na primeira semana de vida, para então procurar o atendimento adequado. A VD ajuda as famílias a identificar precocemente os problemas, lidar com as restrições para procurar os provedores apropriados (WHO, 2013).

A condição de higiene e os cuidados com banho são essenciais para saúde do RN, a temperatura da água pode implicar em hipotermia do bebê ou causar-lhe queimaduras (BRASIL, 2011). As eliminações de urina e fezes do bebê devem ser observadas com atenção, a frequência e aspecto podem indicar algum problema de saúde, deve-se também atentar para a troca de fraldas, a higienização íntima que se associa ao risco de infecções e de assaduras (PARANÁ, 2018c).

O coto umbilical deve ser mantido limpo e seco, utilizando-se álcool à 70% na higienização, ele é inicialmente gelatinoso, seca progressivamente, mumificando-se perto do 3º ou 4º dia de vida, e costuma desprender-se do corpo em torno do 6º ao 15º dia (BRASIL, 2011), qualquer odor, secreção, inflamação ou vermelhidão na pele ao redor do coto umbilical deve levar ao atendimento por profissional de saúde, pelo indicativo de infecção (PARANÁ, 2018c). Valores culturais influenciam as práticas de cuidados familiares relacionadas ao banho do RN e revestem-se de comportamentos que podem provocar risco de infecção do coto umbilical, neste sentido, as ações de educação em saúde são fundamentais para mudanças de comportamentos favorecendo um cuidado seguro, com consequente prevenção de onfalites (LINHARES et al., 2017).

São sinais de alerta: Cianose ou palidez importante, recusa alimentar, gemidos, vômitos importantes, irritabilidade ou dor à manipulação, tiragem subcostal, batimentos de asas do nariz, fontanela abaulada, secreção purulenta no ouvido ou no umbigo, letargia ou

inconsciência, febre (temperatura axilar $> 37,5^{\circ}\text{C}$), hipotermia (temperatura axilar $< 35,5^{\circ}\text{C}$), frequência cardíaca < 100 bpm, frequência respiratória > 60 mpm, pústulas extensas na pele, icterícia visível abaixo do umbigo e convulsões ou apnéia (PARANÁ, 2018c).

O local onde o bebê dorme é relevante e deve ser questionado, problemas na cama, como cobertas e travesseiros, podem sufocar o bebê enquanto dorme, o bebê deve ficar em berço de lençol com elástico, e livre de objetos soltos que possam sufoca-lo. O compartilhamento da cama com os pais não é indicado, devido ao risco de possíveis acidentes enquanto pais e filho dormem (SBP, 2019).

Aprazamento de consulta foi ajustado conforme preconização da Linha Guia Mãe Paranaense (PARANÁ, 2018), adotada no Município.

Os telefones de contato das unidades de atendimento e de urgência foram disponibilizados no formulário para facilitar comunicações necessárias.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como uma limitação deste estudo pode-se apontar a não participação de todos os profissionais convidados em todas as oficinas e de todos os Agentes Comunitários na Capacitação.

Tendo em vista a dificuldade da participação de todos os ACSs nas oficinas de construção da Tecnologia, sento o tempo um limitador para tal amostra dentro do cronograma do programa de mestrado, posteriormente refletiu-se sobre a possibilidade de convidar alguns representantes, e segue como sugestão em caso de replicação do estudo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos demonstraram que há lacunas na padronização científica para proceder à VD ao RN e sua família, todavia há evidências dos efeitos positivos na saúde materna e neonatal, a partir a aplicação da estratégia.

A aproximação dos profissionais de saúde ao RN e sua família através da VD promove o fortalecimento de vínculo com as equipes de saúde e melhora a utilização dos serviços de saúde para acompanhamento e prevenção, reduzindo internações por complicações e consultas de urgência.

Existem barreiras e dificuldades apresentadas pelos profissionais de saúde de Pitanga-PR para a realização da VD assemelham-se a diferentes outros contextos como: a falta de profissionais, a falta de conhecimento dos profissionais, dificuldade de acessibilidade em algumas localidades, falta de transporte e a falta da notificação do nascimento para que os visitantes procedam a VD.

A Tecnologia Assistencial foi construída com base em literatura científica e encontros entre profissionais de saúde para reflexão da literatura e do contexto, validada e registrada para utilização no Município, posteriormente os ACSs foram capacitados para utilização, como proposta para qualificação da realização da primeira VD ao RN em Pitanga-PR.

Pensando na continuação do cuidado e também na qualificação da atenção, foi pactuado com os ACSs que após o preenchimento da Tecnologia as mesmas devem ser encaminhadas ao enfermeiro da equipe de referência para ser anexada ao prontuário da criança.

Acredita-se que abordagem da VD apoiada pela Tecnologia possibilitará a promoção da saúde e a prevenção de agravos por meio da educação em saúde para a realização dos cuidados e vigilância para sinais de alerta, com orientação para encaminhamentos de RNs em situação de risco, desde que os serviços de saúde tenham boa qualidade para o atendimento.

Sugere-se a realização de novos estudos para avaliação do impacto do uso da **Tecnologia Assistencial para primeira VD ao RN e família** em Pitanga-PR.

REFERÊNCIAS

- AANSAH MANU, A., et al. **Evaluating the implementation of community volunteer assessment and referral of sick babies: lessons learned from the Ghana Newhints home visits cluster randomized controlled trial.** Gana-África, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25274636>> Acesso em: 09 mar. 2019.
- ACIOLI, G. G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado.** São Paulo: Hucitec, 2006.
- ACOSTA, D. F. et al. **Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas.** São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600007> Acesso em: 29 jul 2018.
- AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial.** 3 ed. – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- AIRES, L. C. P. et al. **Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Florianópolis, 2017. Disponível em: <http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1499> Acesso em: 29 jul 2018.
- ALVIM, N. A. T. **Pesquisa Convergente Assistencial Enfermagem - Possibilidades para inovações tecnológicas.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2017. Disponível em: <http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1512> Acesso em: 30 jul 2018.
- AMARE, Y., et al. **Early postnatal home visits: a qualitative study of barriers and facilitators to achieving high coverage.** Etiópia, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30157816>>. Acesso em: 12 mar. 2019.
- ARAÚJO, J. P. et al. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas.** Revista Brasileira de Enfermagem- 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>> Acesso em: 16 ago 2018.
- ARIÉS, P. **História social da criança e da família.** 2ª ed- Rio de Janeiro, Guanabara, 1986.
- AWINDOAGO F., SMITH, V. C., LITT, J. S. **Predictors of care giver satisfaction with visiting nurse home visits after NICU discharge.** Boston-EUA, 2016.[Acesso em: 11 mar. 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26675001>
- BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. **Alimentação na gestação e puerpério.** Rev. Nutr. vol.19 no.2 Campinas Mar./Apr. 2006. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000200011> Acesso em: 27 jun. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo; Edições 70, LDA, 2016.

BARROS, A. J. S., LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3 ed., Pearson- 2007.

BARROS, S. M. O. **Enfermagem obstétrica e ginecologia: Guia para Prática Assistencial**. São Paulo: Roca, 2015.

BARROS, A. P. M. M., FREIRE, M. H. S., MIGOTO, M. T. **Evidências Científicas dos fatores de risco para Anomalias Congênitas: Revisão Integrativa**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1681> Acesso em: 29 nov 2018.

BENEVIDES, I. A. **O programa Saúde da Família e as Janelas de Oportunidades**. São Paulo, 2002. Acesso em: 22 nov. 2018.

BOLTON, J. L. et al. **Perinatal western-type diet and associated gestational weight gain alter postpartum maternal mood**. 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-29075574> Acesso em: 27 jun. 2019.

BERDEL, N A N. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica**. Londrina: EDUEL, 2012.

BIANCHINI, C. O.; KERBER, N. **Mitos e crenças no cuidado materno e do recém-nascido**. VITTALLE, Rio Grande, 2010. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/viewFile/1455/2174> Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso em: 18 jan. 2018.

BRASIL, **Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm Acesso em: 18 jan. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidados institucionais ao parto, o período pós-parto e recém-nascido**. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília DF, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf> Acesso em: 02 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2. ed. Brasília (DF), 2002. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf> Acesso em: 30 jul. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf Acesso em: 27 dez. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Pré-natal e Puerpério- Atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2006. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf> Acesso em: 27 jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.351 de 5 de outubro de 2011- Rede Cegonha.** Brasília (DF), 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html> Acesso em: 26 nov. 2018.

BRASIL 2012a, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília (DF): MS; 2012. Cadernos de Atenção Básica nº 33.

BRASIL 2012b, Ministério da Saúde. **Glossário Temático: Promoção da Saúde.** Brasília-2012b.

BRASIL 2013a, Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** Brasília, 2013.

BRASIL 2013b, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de condutas gerais.** Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf> Acesso em: 27 jun. 2019.

BRASIL 2013c, Ministério da Saúde. **Portaria nº 963 de 27 de maio 2013: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <<https://atencaoBasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114723-20141104105056portaria-n-963-de-27-de-maio-de-2013-legislacao-federal.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2018;

BRASIL. Portal Brasil: **Taxa de mortalidade infantil no País cai 77% desde 1990.** Publicado em 13/09/2013, modificado em 29/07/2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/09/taxa-de-mortalidade-infantil-no-pais-cai-77-desde-1990>> Acesso em: 18 jan2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica 23: Saúde da Criança Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.** Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_alimentacao_materno_cab23.pdf> Acesso em: 22 ago. 2018

BRASIL. Ministério da saúde. FUNASA- Fundação Nacional da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública.** 2017. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>> Acesso em: 22 ago 2018.

BRASIL, 2017a. Ministério da Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS–** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>> Acesso em: 11 set 2018.

BRASIL, 2017b. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 25 nov 2018.

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

BRASIL, 2018b. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.595, de 05 de Janeiro de 2018.** Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13595-5-janeiro-2018-786068-publicacaooriginal-154714-pl.html>> Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL, 2018c. Ministério da Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica- Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília- DF, 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf> Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL, 2018D. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/>> Acesso em: 03 fev. 2018.

BRASIL 2019a. Ministério da saúde. **Vacinação: quais são as vacinas, para que servem, por que vacinar, mitos.** 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/>> Acesso em: 27 jun. 2019.

BRASIL 2019b. Ministério da saúde. **Campanha de doação de leite materno.** 2019. Disponível em: < portal.arquivos.saude.gov.br/campanhas/doacaodeleite/> Acesso em: 28 jun. 2019.

CAMINHA, M. F. C., et al. **Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira.** Revista Paulista de Pediatria, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000100102> Acesso em: 10 set 2018.

Carta de Ottawa. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 24 abr. 2019. Acesso em 21 jun. 2011.

CASEY, P., **Home Visiting and the Health of Preterm Infants.** ClínicPediatr, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28720035>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

CHEN, L., et al. **Coverage, quality of and barriers to postnatal care in rural Hebei, China: a mixed method study.** *BMC Pregnancy Childbirth*, China, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898028/?tool=pubmed>. Acesso em: 24 jan. 2019.

CHIMBIDA, G. N., MEDEIROS, V. A. **A visita domiciliar na Atenção Básica à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde de uma UAPS de Betim.** Betim, Minas Gerais, 2016. Disponível em:

<periodicos.pucminas.br/index.php/sinapsemultipla/article/download/12288/10564 Acesso em: 20 set. 2018.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2009.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. **Brasil registra alta na mortalidade infantil pela 1ª vez desde 1990**. 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/brasil-registra-alta-na-mortalidade-infantil-pela-1a-vez-desde-1990_64307.html> Acesso em: 26 jul. 2018.

CONTRADIOPOULOS, A. P., et al. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: hucitec, 1997

CLOUTIER, M., M., WILEY, J., WANG, Z., AUTHERENE, C., GORIN, A. A., The Early Childhood Obesity Prevention Program (ECHO): an ecologically-based intervention delivered by home visitors for newborns and their mothers. *BMC Public Health, EUA*, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477472/?tool=pubmed> Acesso em: 23 jan. 2019.

COLOMBO, A. A., BERBEL, N. A. N. **A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores**. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_390_ametodologiadaproblematizacaocomoarcodemaguerez.pdf> Acesso em: 13 jul 2018.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n3/925-936/>> Acesso em: 05 mai. 2019.

COSTA, R., et al. **Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: Reflexos para a assistência neonatal**. 2010. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/n1vollano1_artigo4.pdf> Acesso em: 16 set 2018.

COSTA, P. et al. **Diagnósticos de enfermagem em consultas de Atenção Básica à saúde de recém-nascidos**. São Paulo, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000602961&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 04 dez. 2018.

CHRISTOFFEL, M.M. et al. Attitudes of healthcare professionals regarding the assessment and treatment of neonatal pain. *Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100218&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 mai. 2017.

CUNHA, M. S., SÁ, M. C. **A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2013.v17n44/61-73/>> Acesso em: 30 nov. 2018.

CYPEL, S. et al. **Fundamentos do desenvolvimento infantil : da gestação aos 3 anos** [organizador Saul Cypel]. -- São Paulo : Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011. Disponível em:

<http://agendaprimeirainfancia.org.br/arquivos/Fundamentos_do_developmento%20infantil.pdf> Acesso 15 jun 2018.

DAVID HMSL. **O papel do agente comunitário de saúde no fortalecimento da educação popular em saúde.** Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):371-378. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.371-378>

DUYSBURGGH, E. S., et al. **Opportunities to improve postpartum care for mothers and infants: design of context-specific packages of postpartum interventions in rural districts in four sub-Saharan African countries.** BMC Pregnancy & Childbirth, Africa Subsariana, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453099/?tool=pubmed>. Acesso em: 23 jan. 2019.

EDMOND, K. M., et al. **Can community health worker home visiting improve care-seeking and maternal and newborn care practices in fragile states such as Afghanistan? A population-based intervention study.** Afeganistão, 2018. Disponível em: <<https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-018-1092-9>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

EGRY, E. Y., FONSECA, R. M. G. S. **A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva.** Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n.3, set. 2000.

FALKEMBACH, Elza Maria Fonseca. **Diário de campo: um instrumento de reflexão.** Contexto Educação, Ijuí, 1987.

FERNANDES, T. **Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal).** História, Ciências, Saúde– Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 1999. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59701999000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 ago. 2018.

FERNANDES, V. R., et al. **O lugar da vigilância no SUS – entre os saberes e as práticas de mobilização social.** Ciência e Saúde Coletiva, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017001003173> Acesso em: 10 set 2018.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio Da Língua Portuguesa - 5ª Edição.** Positivo Editora, 2014.

FONSECA, A. S., JANICAS, R. C. S. V. **Saúde Materna e Neonatal.** São Paulo: Martinari, 2014.

FRIAS, P. G., et al. **O curso de Vigilância de Óbito Materno Infantil e Fetal e a atuação em Comitês de Mortalidade Atualização.** FIOCRUZ, 2017.

Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional- FEPE. **Teste do Pezinho.** 2019. Disponível em: < <http://www.fepe.org.br/teste-do-pezinho/>> Acesso em: 02 jul. 2019.

Fundação Osvaldo Cruz- FIOCRUZ. **Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde.** 2018. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>> Acesso em: 20 ago 2018.

GALVÃO, T. F. **Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.** 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2019.

GANONG, L. H. **Integrative reviews of nursing research.** Res Nurs Health 1987;

GILBAN D. L. S., **Testes de Triagem Neonatal.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.soperj.org.br/novo/imageBank/TESTES-DE-TRIAGEM-NEONATAL.pdf>> Acesso em: 02 jul. 2019.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

IPARDES- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico: Município de Pitanga.** Novembro, 2018. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85200>> Acesso em: 27 nov 2018.

KANANURA, R. M., et al. **The neonatal mortality and its determinants in rural communities of Eastern Uganda.** Uganda, Reprod Health, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756421/?tool=pubmed>. Acesso em: 21 jan. 2019.

KOZUKI, N., et al. **A systematic review of community-to-facility neonatal referral completion rates in Africa and Asia.** 2015. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2330-0#Sec7>. Acesso em: 05 fev. 2019.

KROPIWIEC, N. V., FRANCO, S. C., AMARAL, A. R. **Fatores associados à mortalidade infantil em Município com índice de desenvolvimento humano elevado.** Revista paulista de pediatria, vol.35, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0103-05822017005007104> Acesso em: 18/03/2018.

LASSI, Z. S. et al. Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160921/>. Acesso em: 02 fev. 2019.

LASSI, Z. S. et al., Strategies for improving health care seeking for maternal and newborn illnesses in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Global Health Action, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4864851/>> Acesso em: 14 fev. 2019.

LEANDRO, J. S., CHRISTOFFEL, M. M., **Cuidado familiar de recém-nascidos no domicílio: Um estudo de caso etnográfico.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis,

2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea28.pdf> Acesso em: 26 ago 2018.

LINHARES, E. F. et al. **Influência geracional familiar no banho do recém-nascido e prevenção de onfalites**. Rev. enferm. UFPE, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231209/25214> Acesso em: 25 ago. 2019.

LIMA, J. G., et al. **Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB**. Saúde debate, 2018. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/52-66/pt/>> Acesso em: 05 mai. 2019.

LIMA-COSTA, M. F., BARRETO, S. B. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**. Epidemiologia e Serviços de Saúde- Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf> Acesso em: 13 jul. 2018.

LUCENA, D. B. A. et al. **Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem> Acesso em: 27 dez. 2018.

LUZ, L. A. et al. **Efeitos da qualificação sobre as práticas dos agentes comunitários de saúde em um estado brasileiro**. 2018. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/index.php/EFDeportes/article/view/316/174>> Acesso em: 25 nov. 2018.

MACÊDO, V. C. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**. UNA-SUS- UFPE, Pernambuco, 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9258>> Acesso em: 29 ago. 2018

MACHADO, C. V., et al. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal**. Caderno de Saúde Pública, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>> Acesso em: 21 ago. 2017.

MAIA, P. F. C. M. D., et al. **Visitas Domiciliares Inovadoras e a Saúde Materna Infantil**. Pernambuco, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/328647755_Visitas_domiciliares_inovadoras_e_a_saude_materno-infantil. Acesso em: 15 jan. 2018.

MÂLQVIST, M., PUN, A., KC, A. **Essential newborn care after home delivery in Nepal**. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28212598>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

MANGWI AYIAGI, R. **Effect of Village Health Team Home Visits and Mobile Phone Consultation son Maternal and Newborn Care Practices in Mas indiand Kiryandongo, Uganda: A Community-Intervention Trial**. Uganda, 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153051>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MASCARELLO, K. C. et al. **Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil.** 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21/1980-5497-rbepid-21-e180010.pdf>> Acesso em: 27 jun. 2019.

MASCARENAS, D. N. R., et al. **The promise of home visitation by community health workers in rural Kenya: A protective effect hat reduces neonatal illness.** Educ Health, 2015. Disponível em: <http://www.educationforhealth.net/article.asp?issn=1357-6283;year=2015;volume=28;issue=3;spage=181;epage=186;aulast=Mascarenas>. Acesso em: 06 fev. 2019.

MAZUMDER, S., et al. **Effect of implementation of integrated management of neonatal and child hood illness program me on treatment seeking practices for morbidities in infants: cluster randomized trial.** Índia, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25172514>. Acesso em: 07 mar. 2019.

MAZZO, M. H. S. N., BRITO, R. S., SANTOS, F. A. P. S. **Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto.** 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15526/12301> Acesso em: 10 fev. 2019.

MCPHERSON, R., HODGINS, S. **Postnatal home visitation: Lessons from country programs operating at scale .**2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6005634/>> Acesso em: 11 mar. 2019.

MEDEIROS, L. S., COSTA, A. C. M., **Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.** Revista RENE, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2622/2009>. Acesso em: 07 mar. 2019.

MENDONÇA, M. H. M, et al. **Atenção Básica à Saúde no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/01.pdf>> Acesso em: 18 ago 2018.

MERHY, E. E., ONOCKO, R. **Agir em Saúde: Um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MIGOTO, M. T. **Análise da distribuição espacial da Mortalidade Perinatal no Estado do Paraná.** Curitiba, 2016. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/45528/R%20-%20D%20-%20MICHELLE%20THAIS%20MIGOTO.pdf?sequence=1>> Acesso em: 25 nov 2018.

MIGOTO, M. T. et al. **Mortalidade neonatal precoce e fatores de risco: estudo de caso controle no Paraná.** Rev. Bras. Enferm. vol.71 no.5 Brasília set./out. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502527&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 26 nov 2018

MILLER, T. **Projected Outcomes of Nurse-Family Partnership Home Visitation During 1996-2013, USA.** Prev Sci, 2015. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4512284/?tool=pubmed>. Acesso em: 24 jan. 2019.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOORE, T. G., et al. **Sustained home visiting for vulnerable families and children: a literature review of effective processes and strategies**. Parkville, Victoria: Murdoch Childrens Research Institute/The Royal Children's Hospital Centre for Community Child Health; 2012. Disponível em: https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/resources_and_publications/Home_visiting_lit_review_RAH_processes_final.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

MORAES, J.L. **Protocolo para consulta de enfermagem no pré-natal: construção e validação**. 2013. 104f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2013. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8492/1/2013_dis_jlmoraes.pdf> Acesso em: 25 mai. 2019.

MORAES DE SABINO, L. M. et al. **Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito**. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-791093>> Acesso em: 24 mai. 2019.

MOREIRA, K. F. A. et al. **Mortalidade Infantil nos Últimos Cinco Anos do Município de Porto Velho, RO, Brasil**. *Revista brasileira do crescimento humano e desenvolvimento* vol.24 no.1 São Paulo 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822014000100013> Acesso em: 21 maio 2018.

NASCIMENTO, M. H. M. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de "familiares cangurus" em unidade neonatal: Estudo de Validação**. Belém-Pará, 2012. Disponível em: https://paginas.uepa.br/ppgenf/files/pdfs/DISSERTAO_MARCIA_NASCIMENTO.pdf> Acesso em: 19 jun. 2019.

NASCIMENTO, J. S., et al. **Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem**. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40831096009.pdf>> Acesso em: 27 dez. 2018.

NASCIMENTO, V. F. et al. **Percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre visita domiciliária após aperfeiçoamento em Saúde da Família**. 2017. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2974/1121>> Acesso em 23 nov 2018.

NIETSCHKE, E. A., TEXEIRA, E. A., MEDEIROS, H. P. **Tecnologias cuidativo-educacionais: Uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro/a**. Porto Alegre, 2014.

NOGUEIRA, M. J. C. et al. **A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família**. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.11, n.1, 1977.

OLIVEIRA, S. **O direito à Saúde na Constituição da República de 1988 e o Sistema Único de Saúde**. Revista de Direito Constitucional e Internacional- vol. 93, 2015. Disponível em: <<https://www.revistadoatribunais.com.br>> Acesso em: 20 ago 2018.

PAIM, J. et al., **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011. Disponível em: < http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf> Acesso em: 20 ago 2018.

PARANÁ, SESA (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná). **Linha Guia Rede Mãe Paranaense. Curitiba, 2015**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf> Acesso em: 21/10/2017

PARANÁ 2018a, SESA (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná). **Conceitos e Definições**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=668>> Acesso em: 27 nov. 2018.

PARANÁ 2018b, SESA (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná). **Caderno de Atenção à Saúde da Criança: Agente Comunitário de Saúde**. 2018.

PARANÁ 2018c, SESA (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná). **Caderno de Atenção à Saúde da Criança: Primeiro ano de vida**. Sem ano, 2018 ano de acesso. Disponível em: < <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf4.pdf>> Acesso em: 02 fev. 2018.

PARKER, C., WARMUSKERKEN, G., SINCLAR, L. **Enhancing neonatal wellness with home visitation**. Nurs Womens Health, 2015. Disponível em: [https://nwhjournal.org/article/S1751-4851\(15\)30054-4/fulltext](https://nwhjournal.org/article/S1751-4851(15)30054-4/fulltext). Acesso em: 14 fev. 2019.

PENFOLD, S., et al. Effect of home-based counselling on newborn care practices in south ern Tanzania one year after implementation: a cluster-randomised controlled trial. *BMC Pediatr*, Tânzania, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4115472/?tool=pubmed>. Acesso em: 24 jan. 2019.

PEROVANO, D. G. **Manual de Metodologia Científica: para a segurança pública e defesa social**. Juruá, 2014.

PEREIRA, E. A. **O Movimento Cidades Saudáveis e seu desenvolvimento no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/22868>> Acesso em: 25 nov 2018.

PINHEIRO, J. M. F. et al. **Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000100243> Acesso em 11 set 2018.

PINTO, L. F., FREITAS, M. P. S., FIGUEIREDO, A. W. S. **Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da**

Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. Ciênc. saúde colet. 23 (6) Jun 2018 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05072018> Acesso em: 27 nov 2018.

PITANGA, Setor de Vigilância em Saúde. 2017.

PITANGA, Setor de Vigilância em Saúde. 2018.

PITANGA, Setor de Vigilância em Saúde. 2019.

PITT, C., et al. Cost and cost-effectiveness of newborn home visits: findings from the Newhints cluster-randomised controlled trial in rural Ghana. África e Sul da Ásia, 2016. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00207-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00207-7/fulltext)> Acesso em: 12 mar. 2019.

POPE, C., MAYS, N., Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª Ed- Porto Alegre: Artmed, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, N. M. B. L., SANTOS, A. M. Promoção da Saúde na Atenção Básica à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000500379&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 28 fev. 2019.

PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Básica à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. Revisão Ciências saúde coletiva Jun 2017 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>> Acesso em: 27 nov. 2018.

ROCHA, P. K. et al., **Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado.** Revista Brasileira de Enfermagem, Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100018> Acesso em: 10 abr. 2019.

ROLIM, K. M. C. et al., **Ensino em saúde sobre os cuidados com o neonato: estratégia de promoção da saúde com gestantes.** 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6389>> Acesso em: 27 nov. 2018.

RUSTTEIN et al., **Measuring the quality of medical care: second revision of tables of indexes.** The New England Journal of Medicine 1980. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198005153022012>> Acesso em: 27 nov. 2018.

SANTOS. L. C., et al. **Percepção das mães de prematuros sobre a visita domiciliar antes e após a alta hospitalar.** Invest Educ Enferm, Londrina, 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012053072014000300004&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 16 jan. 2019.

SANTOS, H. G. et al. **Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos.** *Ciência saúde coletiva* 19 (03) Mar 2014 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01182013> Acesso em: 27 nov 2018.

SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria. **Sufocação durante o sono como causa de morte infantil.** 2019. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/sbpciencia/>> Acesso em: 10 jun. 2019.

SOUZA, A. B. G. **Enfermagem neonatal cuidado integral ao recém-nascido.** São Paulo: Martinari, 2013.

SCHNEIDER, E. C., et al. **Internacional Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care.** 2017. Disponível em: <<https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

SHIMAZAKI, M. E. **A Atenção Primária à Saúde.** Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

STARDIELD, B. **Atenção Primária e Saúde: In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Tradução: Fidelity Translations. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Título original: Primary Care: balancing health needs, services, and technology. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Atencao_primaria_equilibrio_entre_necessidade_de_saude_servicos_e_tecnologia/291. Acesso em: 14 abr. 2019.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 22 ago 2018.

SILVA, D. I., **Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica.** Texto Contexto Enfermagem, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01087.pdf> Acesso em: 27 dez. 2018.

SILVA JÚNIOR, S. D., COSTA F. J. **Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion.** PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia, 2014. Disponível em: <www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2003_tr0201_0741.pdf> Acesso em: 11 jun. 2019.

SILVA, N. B. **Além dos primeiros passos: Dialogando com crianças dos 4 aos 18 meses que estão no berçário.** Natal- RN, 2016. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/2725/3/A1%C3%A9m%20dos%20primeiros%20passos_Monografia_2016.pdf> Acesso em: 12 jun. 2019.

SOUZA, F. G. M., ERDMANN, A. L. **Qualificando o Cuidado à Criança na Atenção Básica de Saúde.** *Rev Bras Enferm*, Brasília 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672012000500012&lng=e&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 26 fev. 2019.

SOUZA, I. V. B., et al., **Inventário de Protocolo de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família para a primeira visita domiciliar ao recém-nascido**. Revista o cuidado é fundamental, 2018. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/326107477_Proposta_de_protocolo_para_enfermeiros_da_estrategia_da_saude_da_familia_para_primeira_visita_domiciliar_ao_recem-nascido> Acesso em: 14 jan 2019.

SPERLING, S. **Estratégia de Saúde da Família: a melhor aposta para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias**. Reciiis – Ver Eletron Comum Inflnov Saúde. 2017. Disponível em: www.reciis.icict.fiocruz.br e-ISSN 1981-6278 Acesso em: 25 nov 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Básica e Saúde: In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Título original: Primary Care: balancing health needs, services, and technology. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Atencao_primaria_equilibrio_entre_necessidade_de_saude_servicos_e_tecnologia/291> Acesso em: 14 abr. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

STELMAK A. P; FREIRE, M. H. S. **Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru**. Rev Fund Care On-line. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.795-802> Acesso em: 09 mar. 2019.

TOMLISON, M. et al., **Goodstart: a cluster randomized effectiveness trial of an integrated, community-based package for maternal and newborn care, with prevention of mother-to-child transmission of HIV in a South African township**. África do Sul, 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.12257>> Acesso em: 09 mar. 2019.

TOSO, B. R. G. O., et al. **Cuidado de Enfermagem ao neonato, à criança e ao adolescente na Atenção Básica em Saúde**. Cascavel, 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNDP (United Nations Development Programme)- PNDU Brasil. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: O que é IDH**. 2018. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idh.html>> Acesso em: 21 maio 2018.

VIANNA, R. C. X. F. et al. **Perfil da mortalidade infantil nas Macrorregionais de Saúde de um estado do Sul do Brasil, no triênio 2012–2014**. 2016. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/312357528_Perfil_da_mortalidade_infantil_nas_Macrorregionais_de_Saude_de_um_estado_do_Sul_do_Brasil_no_trienio_2012-2014> Acesso em: 10 out. 2018.

WAISWA, P. et al., **Effect of the Uganda Newborn Study on care-seeking and care practices: a cluster-randomised controlled trial**. Glob Health Action, 2015. Disponível em: http://www.academia.edu/26280607/Effect_of_the_Uganda_Newborn_Study_on_care-seeking_and_care_practices_a_cluster-randomised_controlled_trial Acesso em: 11 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1985. **Appropriate technology for birth**. Lancet. 1985. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>> Acesso em: 27 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2009. United Nations Children's Fund. **Join statement on home visit for the newborn child: a strategy to improve survival**. Genova: World Health Organization. United Nations Children's Fund; 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70002/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.pdf;jsessionid=0E69D3DAB701C2738D8E8AA52CE03D89?sequence=1> Acesso em 21 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2013. **Recommendations on postnatal care of the mother and newborn**. Suíça: Organização Mundial de Saúde, Outubro, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf;jsessionid=F680AFBE7B22630B93F9E7906848EEFB?sequence=1 Acesso em: 11 abr. 2019

APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO

VISITA DOMICILIAR NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DO NEONATO

Caro/a colega,

É com muito prazer que a/o convido para responder algumas perguntas sobre a visita domiciliar aos recém-nascidos de Pitanga. Suas respostas irão apoiar o desenvolvimento de um instrumento que apoie e qualifique estas visitas domiciliares (uma nova Tecnologia Assistencial).

Adianto para você que trabalharemos juntos, em um processo que está em planejamento e, poderemos promover o aprimoramento da VD na primeira semana de vida do neonato. As demais atividades serão comunicadas e encaminhados os convites no tempo necessário.

Desde já agradeço sua participação!

Pitanga, 7 de maio de 2019.

Ginaina Catia de Prá Oliveira

Enfermeira do Município de Pitanga, mestrandia da Universidade Federal do Paraná

FORMULÁRIO RECONHECENDO A PRÁTICA

Sua identificação:

NOME: _____

FUNÇÃO: _____ **DATA:** ____/____/____

Desde quando está nessa função?

Você toma conhecimento dos nascimentos em seu território por informação de onde/quem? Pode assinalar uma ou mais opções. Se nenhuma das opções estiverem de acordo, por favor, relacione suas fontes de informação no item “Outros”

() Equipe de ACS () Vigilância Epidemiológica () Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil () Vizinhos (da unidade ou da família) () Em reuniões na SMS Pitanga () Hospitalar

() Não recebo informações. () Outras repostas: _____

Você realiza visita domiciliar aos recém-nascidos? Sim () Não () Às vezes ()

Caso você realize as VD assinala com quanto tempo de vida do RN, em média, você tem feito a primeira visita?

() Dia que RN chega ao domicílio – 3º dia de vida () Do 4º - 5º dia de vida

- () Do 8° - 10° dia de vida () Do 11° - 15° dia de vida () Do 16° - 20° dia de vida
 () Depois do 20° dia de vida () Outro tempo de vida do RN. Qual? _____.

Caso você não esteja realizando essas VD aos RN, quem tem realizado?

() Ninguém () Outros profissionais. Quais? _____ Com quanto tempo?

- () Dia que RN chega ao domicílio – 3° dia de vida () Do 4° - 5° dia de vida
 () Do 6° - 10° dia de vida () Do 11° - 15° dia de vida () Do 16° - 20° dia de vida
 () Depois do 20° dia de vida () Outro tempo de vida do RN. Qual? _____.

Você pode relacionar as três principais dificuldades que tem encontrado para a realização da visita ao recém-nascido?

- 1 _____
 2 _____
 3 _____

E, agora pode relacionar as vantagens (três para cada categoria abaixo no quadro) que você identifica ou tem percebido ao realizar a primeira visita ao recém-nascido após o seu nascimento?

Para sua Prática Profissional	Para a mãe do RN (puérpera)	Para o RN	Para a família

7. Você tem utilizado algum recurso que te ajude a desenvolver sua VD ao RN?

() Sim () Não () Às vezes () Gostaria, porém não encontrei nenhum que me ajudasse.

8. Se afirmativo, você pode relacionar qual(ais) o(s) recurso(s) que tem utilizado?

O que a motivou a escolher estes recursos descritos?

Muito Obrigada

APÊNDICE 2 – PLANEJAMENTO DAS OFICINAS

QUADRO 1 – Sequência de encontros do grupo

ENCONTRO	TEMA	PARTICIPANTES	DURAÇÃO
Primeiro	A primeira VD ao RN	Enfermeiros	1:30 horas
Segundo	As recomendações para realização da 1ª VD ao RN e a Elaboração do instrumento	Enfermeiros	2:30 horas
Terceiro	Avaliação do instrumento e encerramento	Enfermeiros	2:00 horas

QUADRO 2 – Ficha de planejamento/Realização do 1º encontro

Programação do encontro nº 1		Data e local: 07/05/19
Coordenadora: Ginaina		
Temática trabalhada: Apresentação da proposta de trabalho e dos resultados do questionário dos ACS sobre a primeira Visita domiciliar ao Recém-Nascido		
Objetivos	Técnicas	Pontos enfatizados na discussão
1º APROXIMAÇÃO Descontrair e criar um clima de trabalho	Exercício de telefone sem fio e apresentação da proposta de trabalho e falhas na comunicação.	—
2º PROBLEMATIZAÇÃO Sondar os conhecimentos da realidade local sobre a realização da primeira VD ao RN; Apresentar a proposta do estudo; Apresentar os resultados dos questionários dos ACS Apresentar o instrumento proposto pela Linha Guia Mãe Paranaense Apresentar dados da RI e iniciar a teorização	Aplicação do questionário inicial Apresentação. Apresentação dos resultados obtidos com os agentes comunitários	Como é realizada a primeira VD ao RN em Pitanga-PR
3º FECHAMENTO Cenário Pactuação dos Próximos	Sintetizar as informações obtidas por meio da síntese apresentação dos questionários e discussão	Fragilidades e Potencialidades

QUADRO 3 – Ficha de planejamento/Realização do 2º encontro

Programação do encontro nº 2		Data e local: 17/05/19
Coordenadora: Ginaina e Paula convidada		
Número de pessoas:		
Materiais Necessários: folhas sulfite A4, canetas, quadro		
Temática trabalhada: Recomendações para a Primeira Visita domiciliar ao Recém-Nascido pelo ACS		
Objetivos	Técnicas	Pontos enfatizados na discussão
Descontrair e criar um clima de trabalho	Exercício de associação livre e apresentação da construção sistematizada da oficina anterior	—
Apresentar as recomendações essenciais para a 1ª VD ao RN	Palestra interativa	Recomendações para a 1ª VD ao RN

Iniciar a elaboração o instrumento para a 1ª VD ao RN	Sistematizar as informações discutidas nas 2 oficinas em forma de um instrumento para a realização da 1ª VD ao RN	Aplicabilidade do instrumento pelo ACS
---	---	--

QUADRO 4 – Ficha de planejamento/Realização do 3º encontro

Programação do encontro nº 3		Data e local: 31/05/19 Sala de reuniões da Vigilância em Saúde
Coordenadora: Ginaina		
Temática trabalhada: Validação do instrumento para a 1ª VD ao RN em Pitanga-PR		
Objetivos	Técnicas	Pontos enfatizados na discussão
Descontrair e criar um clima de trabalho	Dinâmica do corpo	—
Apresentar o instrumento para a 1ª VD ao RN	Apresentação e discussão do instrumento	Contempla as recomendações da literatura e atende as necessidades locais
Validar o instrumento	Acolher os ajustes propostos até que o instrumento seja finalizado em consenso com o grupo	Aplicabilidade do instrumento pelo ACS

APÊNDICE 3 – MODELO DO DIÁRIO DE CAMPO

Data:	Tema:
Local:	Sujeitos:
Horário início:	Horário término:
NOD: (manifestações verbais, ações e atitudes)	
NOR: (problemas encontrados e resoluções, expectativas, opiniões, conflitos, pontos a serem esclarecidos)	
Interpretação do observado	
Conclusões preliminares	

APÊNDICE 4: INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA

FICHA DE VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA PARA REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO EM PITANGA-PR

LEGENDA: A (Adequado); PA (Parcialmente Adequado) e I (Inadequado)

	BLOCO DE INFORMAÇÃO	A	PA	I	Ajustes sugeridos em caso de registro de "PA" e "I"
1	IDENTIFICAÇÃO DA MÃE				
2	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS				
3	PARTO/MÃE/PUERPÉRIO				
4	AMAMENTAÇÃO				
5	RECÉM-NASCIDO				
6	CONDIÇÃO ATUAL DA CRIANÇA				
7	OUTRAS INFORMAÇÕES DO INSTRUMENTO				

NOME

CARGO/FUNÇÃO

Local: _____ data ____/____/____

ANEXO 1 PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.923.134

Ausência	TCLEACS.docx	08/08/2018 17:13:40	GINAINA CATIA DE PRA OLIVEIRA	Aceito
Outros	1OficioDeEncaminhamento.pdf	08/08/2018 16:43:42	GINAINA CATIA DE PRA OLIVEIRA	Aceito
Outros	9inicio_da_pesquisa.pdf	08/08/2018 16:36:29	GINAINA CATIA DE PRA OLIVEIRA	Aceito
Outros	11usodados.pdf	07/08/2018 22:59:47	GINAINA CATIA DE PRA OLIVEIRA	Aceito
Outros	12responsabilidade.pdf	07/08/2018 21:03:35	GINAINA CATIA DE PRA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	7Declaracaopublicos.pdf	07/08/2018 20:47:20	GINAINA CATIA DE PRA OLIVEIRA	Aceito
Outros	2merito.pdf	07/08/2018 12:42:16	GINAINA CATIA DE PRA OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 27 de Setembro de 2018

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

ANEXO 2 APROVAÇÃO TECNOLOGIA ASSISTENCIAL

2 | Editais

Correio do Cidadão | QUARTA-FEIRA
7 de Agosto de 2019 - Edição nº 1081



Conselho Municipal de Saúde de Pitanga
 conselho.saude.pitanga@yahoo.com.br
 Rua Portugal, 351 Fone (42) 3645 1434

Resolução de Aprovação nº 04/2019

O conselho municipal de saúde de Pitanga por votação unânime em reunião ordinária no dia 28 de junho de 2009, aprova a utilização no município de Pitanga do instrumento de acompanhamento de recém-nascidos, elaborado pela servidora Graziela Ciria de Fátima, denominada Primeira Visita Domiciliar ao Recém-nascido e Família em anexo a este documento.

Relatório AP^o de Palestra sobre Biot

Marilda Ap. de Paula Flores Belo
Presidente Conselho Mun. De Saúde de Planalto



PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA

[illegible][illegible]