

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA- MESTRADO**

Sheila Rodrigues Paião

**Validação de conteúdo do instrumento Qualiprematuro: qualidade do seguimento de
prematuros na atenção primária à saúde**

**FOZ DO IGUAÇU
2024**

SHEILA RODRIGUES PAIÃO

Validação de conteúdo do instrumento Qualiprematuro: qualidade do seguimento de prematuros na atenção primária à saúde

Versão original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública de Região de Fronteira, do Centro de Educação Letras e Saúde-CELS, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteira.

Área de concentração: Saúde Pública
em Região de Fronteira

Orientadora: Dra. Rosane Meire Munhak da Silva

Foz do Iguaçu
2024

FICHA CATALOGRÁFICA

RODRIGUES PAIÃO, SHEILA

Validação de conteúdo do instrumento Qualiprematuro: qualidade do seguimento de prematuros na atenção primária à saúde / SHEILA RODRIGUES PAIÃO; orientadora Rosane Meire Munhak da Silva. -- Foz do Iguaçu, 2024.

119 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2024.

1. Recém- nascido prematuro. 2. Continuidade da assistência ao paciente. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde na Fronteira. I. Munhak da Silva, Rosane Meire, orient. II. Título. |

PAIÃO, S. R. Validação de conteúdo do instrumento Qualiprematuro: qualidade do seguimento de prematuros na atenção primária à saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2024.

Aprovado em: ____/____/____

Profa. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva (Orientadora)
Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Marcos Augusto de Moraes Arcoverde
Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Profa. Dra. Adriana Zilly (Suplente)
Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

DEDICATÓRIA

A todos os bebês prematuros, pequenos guerreiros que enfrentam desafios gigantes desde o nascimento. Dedico a eles este trabalho, por sua imensa vontade, persistência em permanecerem vivos, e a seus cuidadores. por toda sua luta e resiliência.

AGRADECIMENTOS

Primeiro ao Grande Criador do Universo, Deus, Senhor de todas as coisas, obrigada pela vida, pela guia diária de meus passos e pela presença em todos os momentos. sejam eles tristes ou felizes. Obrigada por me fazer enxergar e ressignificar todos os dias o que é viver.

Aos meus pais, Cleuza e Osvaldo (*in memoriam*), pelo amor, carinho e por sempre nos incentivarem a seguir pelo caminho dos estudos, trabalho e fé, por nos transmitirem valores de honestidade e persistência, por nos estimularem a acreditar nos sonhos que temos mesmo quando as situações e as condições não forem favoráveis. Vocês são minha base e minha fortaleza.

À minha irmã Aline, por seu companheirismo, carinho e incentivo e por sempre estar vibrando comigo.

A minha sobrinha linda, querida, Ana Laura, pela torcida e incentivo. Você é luz em nossas vidas.

Em especial, ao meu companheiro de vida, de estudo, de viagens, meu ombro amigo nos momentos de choro e de alegria, por sempre me incentivar, me estimular e torcer pelo meu sucesso. Thiago, por todo amor, incentivo, apoio e compreensão pelas ausências de finais de semana, noites em claro e por inúmeros momentos de lazer, sou muito feliz por termos nos encontrado nesta imensidão que é o mundo e por caminharmos no mesmo sentido e compartilharmos os meus sonhos. Amo você.

A UNIOESTE, por ofertar este curso de mestrado, em região de fronteira, de grande importância para comunidade acadêmica e para comunidade.

A todos os professores do mestrado.

A minha orientadora Dra. Rosane Meire Munhak da Silva, pelas conversas, pelo carinho, por ter me acolhido em seu lar. Gratidão por nunca ter soltado minha mão, pelo respeito e pela admiração profissional, mas, acima de tudo, pelo ser humano incrível que é.

Aos meus colegas Vanessa, Rafael, Esmirrá, Gabriela, Alex e demais colegas de turma, por terem tornado este caminho de trocas, alegrias, ansiedades, e por termos nos encontrado, sendo colo e apoio quando precisamos uns dos outros. Valeu a pena.

A minha família e aos amigos, pelo apoio, incentivo, carinho de sempre. Nada disso teria sentido se vocês não existissem em minha vida.

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar
uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.*

Carl Jung

RESUMO

PAIÃO, S. R. **Validação de conteúdo do instrumento Qualiprematuro: avaliação da qualidade do seguimento de prematuros na atenção primária à saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2024.

Os cuidados pós-alta para crianças nascidas prematuras precisam ser fortemente estabelecidos de forma programada e eficaz com o envolvimento de profissionais de saúde da atenção primária e da especializada visto que esse segmento poderá requerer atenção para além do ofertado às crianças de mesma idade, por apresentarem necessidades de cuidados complexos. Diante disso, há necessidade de avaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde para o seguimento do cuidado a crianças, particularmente aos prematuros, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade, como regiões de fronteira internacional. O objetivo desse estudo foi validar o conteúdo do guia Qualiprematuro sobre avaliação da qualidade do seguimento da saúde da criança prematura no âmbito da Atenção Primária à Saúde. A abordagem metodológica adotada foi a Técnica Delphi para a validação de conteúdo, organizada em duas etapas. A primeira envolveu a participação de 17 juízes (enfermeiros, mestres e doutores) com experiência na área da saúde infantil. A segunda, 20 enfermeiros atuantes em serviços de Atenção Primária à Saúde de um município brasileiro localizado em região de tríplice fronteira. Para a avaliação do conteúdo, foi atribuído o coeficiente *alpha* de Cronbach. Na etapa de validação de conteúdo por juízes, o coeficiente foi de 0,989, e, entre os domínios, ficaram acima de 0,957. Na verificação quanto à clareza (segunda etapa), o coeficiente *alpha* de Cronbach mostrou concordância satisfatória das questões, com escala de 0,993 e, na distribuição entre os domínios, todos os coeficientes *alpha* ficaram acima de 0,876. Em todo o processo de validação de conteúdo, foram realizadas recomendações pelos participantes, sobretudo pelos juízes (17) da primeira etapa, resultando na exclusão de uma questão do Domínio I, passando de 11 para dez questões, e, no número total de questões, de 65 para 64, havendo necessidade de readequação do escore do primeiro domínio. Conclui-se com base nas evidências estatísticas que o conteúdo do Qualiprematuro foi considerado validado. Foi evidenciada a representatividade do guia avaliativo no que se refere à compreensão teórica e às potencialidades práticas do cuidado de crianças que nasceram prematuras no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro; continuidade da assistência ao paciente; atenção primária à saúde; saúde na fronteira.

ABSTRACT

PAIÃO, S. R. **Content validation of the Qualiprematuro instrument: assessment of the quality of follow-up of premature babies in primary health care.** Dissertation (Master in Public Health in a Frontier Region) - State University of Western Paraná, Center for Education Letters and Health, Foz do Iguaçu, 2024.

Post-discharge care for children born prematurely needs to be strongly established in a programmed and effective way with the involvement of health professionals from primary and specialized care, since this segment may require attention beyond that offered to children of the same age, as they have complex care needs. In view of this, there is a need to evaluate primary health care services to monitor the care of children, particularly premature babies, especially in areas of greater vulnerability, such as international border regions. The aim of this study was to validate the content of the Qualiprematuro guide on evaluating the quality of follow-up care for premature infants in Primary Health Care. The methodological approach adopted was the Delphi Technique for content validation, organized in two stages. The first involved the participation of 17 judges (nurses, Masters and PhDs) with experience in child health. The second involved 20 nurses working in Primary Health Care services in a Brazilian municipality located in the triple border region. Cronbach's alpha coefficient was used to evaluate the content. In the content validation stage by judges, the coefficient was 0.989, and among the domains it was above 0.957. When checking for clarity (second stage), the Cronbach's alpha coefficient showed satisfactory agreement between the questions, with a scale of 0.993 and in the distribution between the domains, all alpha coefficients above 0.876. Throughout the content validation process, recommendations were made by the participants, especially by the judges (17) of the first stage, resulting in the exclusion of one question from Domain I, going from 11 to ten questions, and the total number of questions from 65 to 64 requiring readjustment of the score for the first domain. It is concluded based on statistical evidence that the content of Qualiprematuro was considered validated. The representativeness of the evaluation guide was highlighted with regard to theoretical understanding and practical potential of caring for children born prematurely within the scope of primary health care.

Keywords: Premature newborn; continuity of care; primary healthcare; border health.

RESUMEN

PAIÃO, S. R. **Validación de contenido del instrumento Qualiprematuro: evaluación de la calidad del seguimiento de prematuros en la atención primaria a la salud.** Disertación (Maestría en Salud Pública en Región de Frontera) - Centro de Educación, Letras y Salud, Universidad Estatal del Oeste de Paraná, Foz do Iguaçu, 2024.

Los cuidados post-alta hospitalaria para niños nacidos prematuros necesitan ser fuertemente establecidos de forma programada y eficaz con el involucramiento de profesionales de la salud de la atención primaria y de la especializada, visto que este segmento podrá requerir atención más allá de lo ofertado a los niños de misma edad, por presentar necesidades de cuidados complejos. Por ello, hay necesidad de evaluar los servicios de Atención Primaria a la Salud para el seguimiento del cuidado a niños, particularmente a los prematuros, sobre todo en áreas de mayor vulnerabilidad, como regiones de frontera internacional. El objetivo de este estudio fue validar el contenido de la guía Qualiprematuro sobre la evaluación de la calidad del seguimiento de la salud del niño prematuro en el ámbito de la Atención Primaria a la Salud. El abordaje metodológico adoptado fue la Técnica Delphi para la validación de contenido, organizada en dos etapas. La primera involucró la participación de 17 jueces (enfermeros, personas con maestría y doctorado) con experiencia en el área de la salud infantil. La segunda, 20 enfermeros que actúan en servicios de Atención Primaria a la Salud de un municipio brasileño localizado en región de triple frontera. Para la evaluación del contenido, fue atribuido el coeficiente *alpha* de Cronbach. En la etapa de validación de contenido por jueces, el coeficiente fue de 0,989, y, entre los dominios, quedaron por encima de 0,957. En la verificación en cuanto a la claridad (segunda etapa), el coeficiente *alpha* de Cronbach mostró concordancia satisfactoria de las cuestiones, con escala de 0,993 y, en la distribución entre los dominios, todos los coeficientes *alpha* quedaron por encima de 0,876. En todo el proceso de validación de contenido, fueron realizadas modificaciones por los participantes, sobre todo por los jueces (17) de la primera etapa, resultando en la exclusión de una cuestión del Dominio I, pasando de 11 para diez cuestiones, y, en el número total de cuestiones, de 65 para 64, habiendo la necesidad de readecuación del score del primer dominio. Se concluye con base en las evidencias estadísticas que el contenido del Qualiprematuro fue considerado validado. Fue evidenciada la representatividad de la guía evaluativa en lo que se refiere a la comprensión teórica y las potencialidades prácticas del cuidado de niños que nacieron prematuros en el ámbito de la Atención Primaria a la Salud.

Palavras-chave: Recién-nacido prematuro; continuidad de la asistencia al paciente; atención primaria a la salud; salud en la frontera.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fórmula do Coeficiente <i>Alfade</i> Cronbach.....	43
Figura 2	Mapa Térmico de Correlações do Domínio I – Planejamento da alta hospitalar e organização do Plano de Cuidados. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	49
Figura 3	Mapa Térmico de Correlações do Domínio II - Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	50
Figura 4	Mapa Térmico de Correlações do Domínio III – Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	50
Figura 5	Mapa Térmico de Correlações do Domínio IV - Integração entre serviços de saúde, educação eacompanhamento especializado. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	51
Figura 6	Mapa Térmico de Correlações do Domínio V – Apoio e suporte familiarpara o cuidado. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	51
Figura 7	Mapa Térmico de Correlações do Domínio I – Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidadosquanto à clareza e à compreensão. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	56
Figura 8	Mapa Térmico de Correlações do Domínio II - Seguimento domiciliar em visita e teleatendimentoquanto à clareza e à compreensão. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	56
Figura 9	Mapa Térmico de Correlações do Domínio III – Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravosquanto à clareza e à compreensão. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	57
Figura 10	Mapa Térmico de Correlações do Domínio IV – Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializadoquanto à clareza e à compreensão. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	57
Figura 11	Mapa Térmico de Correlações do Domínio V – Apoio e suporte familiar para o cuidadoquanto à clareza e à compreensão. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análise de fiabilidade distribuída entre os domínios do guia avaliativo Qualiprematuro. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	44
Tabela 2	Análises de fiabilidade do item distribuída por questão aplicada no guia avaliativo Qualiprematuro. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	45
Tabela 3	Estatísticas da Fiabilidade do Item do Domínio I – Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	46
Tabela 4	Estatísticas da Fiabilidade do Item do Domínio II - Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil.....	47
Tabela 5	Estatísticas da Fiabilidade do Item do Domínio III - Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	47
Tabela 6	Estatísticas da Fiabilidade do Item do Domínio IV - Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	48
Tabela 7	Estatísticas da Fiabilidade do Item do Domínio V - Apoio e suporte familiar para o cuidado. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	48
Tabela 8	Análise de fiabilidade quanto à clareza e à compreensão do guia avaliativo distribuída entre os domínios do Qualiprematuro. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	52
Tabela 9	Estatísticas da Fiabilidade do Item quanto à clareza e à compreensão do Domínio I – Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	53
Tabela 10	Estatísticas da Fiabilidade do Item quanto à clareza e à compreensão do Domínio II – Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	53
Tabela 11	Estatísticas da Fiabilidade do Item quanto à clareza e à compreensão do Domínio III – Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	54
Tabela 12	Estatísticas da Fiabilidade do Item quanto à clareza e à compreensão do Domínio IV – Integração entre serviços de saúde, educação e	

	acompanhamento especializado. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	54
Tabela 13	Estatísticas da Fiabilidade do Item quanto à clareza e à compreensão do Domínio V – Apoio e suporte familiar para o cuidado. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição das questões do Domínio I - Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidadossegundo a primeira versão do guia avaliativo e recomendações dos juízes da primeira e segunda etapas. Fozdo Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	58
Quadro 2	Distribuição das questões do Domínio II – Seguimento domiciliar em visita e teleatendimentosegundo a primeira versão do guia avaliativo e recomendações dos juízes da primeira e segunda etapas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	62
Quadro 3	Distribuição das questões do Domínio III - Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravossegundo a primeira versão do guia avaliativo e recomendações dos juízes da primeira e segunda etapas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	65
Quadro 4	Distribuição das questões do Domínio IV – Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado, segundo a primeira versão do guia avaliativo e recomendações dos juízes da primeira e segunda etapas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	68
Quadro 5	Distribuição das questões do Domínio V – Apoio e suporte familiar para o cuidadosegundo a primeira versão do guia avaliativo e recomendações dos juízes da primeira e segunda etapas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	73
Quadro 6	Distribuição do número das questões nos cinco Domínios após a reformulação do guia avaliativo Qualiprematuro e seus respectivos escores de avaliação. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.....	76

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CENNI	Centro de Nutrição Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRIANES	Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
LPV	Leucomalácia Periventricular
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PIG	Pequenos para a Idade Gestacional
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAES	Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde
RNPT	Recém-nascido Pré-termo
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 JUSTIFICATIVA	22
4 REVISÃO DE LITERATURA	25
4.1 O NASCIMENTO PREMATURO E A MORBIMORTALIDADE.....	25
4.2 SEGUIMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA PREMATURA.....	28
4.2.1 Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados	30
4.2.2 Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento.....	31
4.2.3 Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos.....	33
4.2.4 Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado	34
4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	35
5 MATERIAL E MÉTODOS	38
5.1 TIPO DE ESTUDO	38
5.2 GUIA AVALIATIVO QUALIPREMATURO	38
5.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	39

5.4 CENÁRIO DA PESQUISA.....	39
5.5 PERÍODO DE COLETA DE DADOS.....	41
5.6 COLETA DE DADOS	41
5.7 GUIA AVALIATIVO DE COLETA DE DADOS	42
5.8 ANÁLISE DOS DADOS	42
5.9 ASPECTOS ÉTICOS	43
6 RESULTADOS	44
6.1 RESULTADOS DA ETAPA 1: VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO GUIA AVALIATIVO QUALIPREMATURO	44
6.1.1 Caracterização dos juízes participantes da primeira etapa	44
6.1.2 Análise de Fiabilidade do guia avaliativo Qualiprematuro – Primeira Etapa	44
6.1.3 Mapas térmicos de correlações para validação do conteúdo do Qualiprematuro.....	49
6.2 RESULTADOS DA ETAPA 2: VERIFICAÇÃO DA CLAREZA E DA COMPREENSÃO DO GUIA AVALIATIVO QUALIPREMATURO.....	52
6.2.1 Caracterização dos juízes enfermeiros da APS da segunda etapa	52
6.2.2 Análise de Fiabilidade do guia avaliativo Qualiprematuro – Segunda Etapa	52
6.2.3 Mapas térmicos de correlações da clareza e compreensão do guia avaliativo	55
6.3 RECOMENDAÇÕES DE JUÍZES PARA A REFORMULAÇÃO DO CONTEÚDO DO GUIA AVALIATIVO QUALIPREMATURO	58
7 DISCUSSÃO	78
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICE I – Carta-convite para juízes	100
APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	101

APÊNDICE III – Guia avaliativo de avaliação dos Juízes 103

ANEXO I – Parecer substanciado do CEP 117

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é considerada um problema de saúde pública mundial. Globalmente, entre os nascimentos, cerca de 15 milhões de bebês nascem prematuros, representando 11,1%, e, desses, 1,1 milhão morrem a cada ano, sendo que 75% dessas mortes poderiam ser evitadas (DINIZ *et al.*, 2020; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

O nascimento prematuro é mais representativo em populações (sugestão) de baixa renda visto que 60% concentram-se no sul da Ásia e na África Subsaariana. Nos países mais pobres, mais de 12% dos bebês nascem prematuros se comparado a 9% nos de maior renda. Importante destacar que esse problema não se limita apenas aos países mais pobres, pois Estados Unidos e Brasil, por exemplo, encontram-se entre os dez principais países com o maior número de partos prematuros (Diniz *et al.*, 2020; Moura, 2021; Organização Mundial da Saúde, 2022).

Especificamente no Brasil, 340 mil bebês nascem prematuros todo ano, o equivalente a 931 por dia ou a seis prematuros a cada dez minutos. Mais de 12% dos nascimentos no país acontecem antes da gestação completar 37 semanas, o dobro do índice de alguns países europeus (OLIVEIRA *et al.*, 2021a).

A incidência de mortalidade durante o período neonatal representa um desafio significativo para os sistemas de saúde, estando diretamente associada a fatores como os baixos índices de Apgar no momento do nascimento, a prematuridade e o baixo peso ao nascer, indicando a necessidade de maior integração dos serviços de pré-natal e de atenção neonatal (SILVA *et al.*, 2021).

Ao longo do período de hospitalização, a presença de complicações emerge como um fator crucial, elevando tanto o risco de mortalidade quanto a possibilidade de agravamentos para essas crianças. Além disso, situações adversas decorrentes dessas complicações, das intervenções terapêuticas e dos processos de trabalho podem resultar em maior número de crianças que necessitam de cuidados complexos com repercussões ao seguimento de sua saúde (SILVA *et al.*, 2021).

Apesar de ser amplamente reconhecido que o progresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) desempenhou um papel crucial na melhoria da sobrevivência dos bebês, é importante destacar que a mera implementação dessa unidade não necessariamente resulta em redução da incidência de morbimortalidade. O sucesso do tratamento não é

determinado apenas pela sobrevivência e pela alta hospitalar, mas igualmente pela construção de vínculos que garantirão a continuidade dos cuidados pós-alta (FRANTZ, 2021).

A atenção ao recém-nascido prematuro após a alta demanda um processo de construção cuidadoso. Nesse contexto, a participação ativa dos profissionais tanto da atenção primária quanto especializada é fundamental. Isso se justifica pelo fato de que esse grupo específico pode necessitar de cuidados de saúde mais abrangentes em comparação às crianças da mesma faixa etária devido às suas complexas necessidades. A participação familiar em todo esse processo de planejamento e organização dessas precauções será o diferencial para a construção de um cuidado singular, efetivo e essencialmente humano (BRASIL, 2020).

O processo relacional entre a equipe de saúde e a família se trata de um desafio para o seguimento da saúde da criança prematura. Portanto, torna-se importante despertar nos profissionais a compreensão do quanto essa interação é protetora para o fortalecimento do vínculo e para o desempenho das atividades de cuidado e de atenção à saúde do bebê de alto risco. Uma informação inadequada em um momento impróprio pode interferir num processo interativo familiar em formação e na relação com a equipe. Para tanto, o processo de comunicação é essencial, pois as equipes devem se preocupar com o grau de compreensão de cada família em relação às orientações repassadas a partir das necessidades e do funcionamento familiar (EL-AOUAR, 2016).

O primeiro mês pós-alta hospitalar é um período sensível, especialmente para cuidadores parentais emocionalmente vulneráveis. A falta de vínculo com os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) pode acentuar essa vulnerabilidade (SILVA *et al.*, 2020a). Para minimizar esse cenário, é necessário que os serviços de saúde estejam integrados em uma rede de cuidados que ofereça acompanhamento especializado. Além disso, é preciso explorar a possibilidade de envolver os cuidadores parentais nesse processo (MEDEIROS *et al.*, 2020)

É importante reconhecer as transformações nas composições familiares contemporâneas, que nem sempre envolvem os pais biológicos da criança, e muitas vezes incluem outros cuidadores. Nesse contexto, é importante considerar a diversidade de arranjos familiares ao implementar práticas em saúde voltadas ao cuidado do prematuro a fim de garantir um suporte eficaz e inclusivo. Essa abordagem visa reduzir a vulnerabilidade individual do prematuro e reconhecer as dimensões sociais específicas da criança e de sua família, proporcionando condições adequadas para sua sobrevivência, crescimento e desenvolvimento (VERA *et al.*, 2022).

A atuação da APS é fundamental por ser coordenadora do cuidado e organizadora das visitas dos usuários a outros pontos de atenção à saúde. O funcionamento da rede depende da garantia de ações de saúde abrangentes e claras para vigilância, para prevenção de doenças e para promoção da saúde; da continuidade da gestão do cuidado por meio do acesso regulatório e integração com outros níveis de atenção; de profissionais generalistas treinados, utilizando as melhores evidências científicas; da ampla gama de cuidados, incluindo diferentes especialidades que trabalhem com profissionais generalistas; e da integração matricial com especialistas (LAVRAS, 2011; YAKUWA, 2015).

No Brasil, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, a qual é baseada no trabalho em equipe, prioridades familiares, hospitalidade, vínculo e engajamento social para ampliar o acesso universal aos serviços e cuidados de saúde, ultrapassando as dimensões biológica, social e humana. Para tanto, é necessário que as equipes da ESF interajam com a comunidade e busquem compreender suas verdadeiras necessidades de saúde a fim de identificar formas de minimizar os problemas e melhorar a qualidade do cuidado à criança de risco e à família de forma contínua e integral (GARUZI *et al.*, 2014; YAKUWA, 2015).

Com base no exposto, justifica-se a necessidade de avaliar as ações para o seguimento do prematuro no âmbito da APS por compreender que esses serviços precisam dispor de práticas integrais, adequadas, oportunas e baseadas em evidências científicas para propor às famílias as condições de vida e saúde para garantir o bom desenvolvimento infantil, sobretudo para os segmentos mais vulneráveis, como as crianças que nasceram prematuras.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Validar o conteúdo do instrumento Qualiprematuro sobre avaliação da qualidade do seguimento da criança prematura no âmbito da APS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar a confiabilidade e a validade do conteúdo do instrumento Qualiprematuro por juízes, enfermeiros com experiência em pesquisas e ou cuidado em saúde ao recém-nascido em território brasileiro.

Certificar a clareza e a compreensão do instrumento Qualiprematuro por um grupo de enfermeiros atuantes na APS em um município brasileiro de tríplice fronteira.

3 JUSTIFICATIVA

O envolvimento da equipe profissional da APS tornou-se extremamente necessário para o seguimento da qualidade do recém-nascido prematuro, garantindo atenção integral após a alta hospitalar visto que apresenta maior risco de adoecer com alterações em seu crescimento e desenvolvimento (ANACLETO, 2019). Todavia, embora haja avanços referentes ao cuidado longitudinal na APS, ainda é evidente a fragilidade quanto ao cuidado necessário frente às causas evitáveis e sensíveis de acompanhamento de saúde (MENDONÇA, 2018).

A literatura científica mostra as fragilidades que envolvem as práticas na APS em âmbito nacional. A sobrecarga de tarefas cotidianas de trabalho, que dificultam a realização da consulta de enfermagem na ESF, acaba implicando poucas perspectivas de mudanças no fluxo de trabalho da equipe. A falta de infraestrutura para o exercício do trabalho, a falta de capacitação e o desconhecimento do papel do enfermeiro limitam sua atuação dessa equipe de trabalho e causa um impacto negativo na prática do acompanhamento da saúde infantil (VIEIRA *et al.*, 2018; RIBEIRO; MARCONDES, 2021).

Outros aspectos podem surgir para dificultar a atenção à saúde na APS. Uma pesquisa que avaliou o seguimento da saúde da criança com histórico de prematuridade em meio à Covid-19 destacou que a fragilidade experienciada, sobretudo em tempos de pandemia, trouxe interrupções abruptas no acompanhamento da criança que nasceu prematura, sendo que muitos serviços importantes e ferramentas de vigilância em saúde da APS não foram aplicados em sua magnitude. O estudo revelou importantes vulnerabilidades na continuidade do cuidado, apontando para uma significativa desconexão entre APS, hospitais e serviços profissionais, lacunas no acompanhamento da saúde infantil, história de parto prematuro e hospitalização prolongada, aumentando os desafios na promoção e prevenção de danos em face às dificuldades já existentes no sistema público de saúde para o cuidado infantil (SILVA *et al.*, 2021).

Somado às fragilidades experienciadas em situações de crise, como foi a pandemia da Covid-19, destacam-se as adversidades para a atenção à saúde da criança em regiões que revelam maior vulnerabilidade, como a fronteira internacional. Por apresentar singularidades próprias, características da região em termos de políticas de atenção à saúde, os municípios localizados na fronteira evidenciam maiores problemas para a APS uma vez que a população residente em países vizinhos percorre os limites fronteiriços, facilitados pela mobilidade

terrestre, em busca de atendimento por considerarem que os serviços de saúde do Brasil apresentam maior qualidade e garantia de assistência integral (PEREIRA, 2022).

Lacunas assistenciais foram mostradas em estudos nessas regiões. No estudo de Picco *et al.* (2022), em região de tríplice fronteira, observou-se que a falta de implantação de um número adequado de profissionais na APS causa dificuldades para garantir a continuidade do atendimento às crianças, sendo necessário promover e disponibilizar um número suficiente de profissionais para atender as necessidades dessa população. Entende-se que o número insuficiente de profissionais de saúde, materiais e medicamentos, bem como questões de manutenção e qualidade com os materiais existentes, constituem um problema de saúde pública, indicando a necessidade dos gestores quanto ao atendimento dessas deficiências a fim de proporcionar às crianças um atendimento adequado e qualificado (PICCO *et al.*, 2022).

O estudo de Casacio *et al.* (2022), com o objetivo de compreender o itinerário terapêutico percorrido pelas famílias em busca de atenção às necessidades especiais de saúde do filho em um município brasileiro de fronteira, destacou a vulnerabilidade do sistema, envolvendo a dificuldade de acesso ao diagnóstico e aconselhamento; a sobrecarga do cuidado; a (des)organização no agendamento e no atendimento; a desconstrução de vínculos na APS por falhas na comunicação e no acolhimento.

Nesse mesmo estudo, a análise dos dados centralizou-se na fragilidade do sistema de saúde, na doença e na cura, no atendimento das crianças com necessidades especiais que apontaram as barreiras funcionais – compreendidas como desafios no acesso à saúde –, na sobrecarga física, social e emocional, gerando fraquezas que levaram à procura de atendimento; na (des)organização do itinerário terapêutico como reflexo de um serviço fragmentado; na (des)construção de vínculos entre redes profissionais, comunitárias e familiares (CASACIO *et al.*, 2022).

Outros estudos analisaram a atenção à saúde do prematuro em região de fronteira e mostraram lacunas no seguimento e continuidade do cuidado, destacando que essas crianças se tornam invisíveis aos serviços de APS diante das dificuldades vivenciadas nessas regiões, sobrecarga de trabalho devido ao alto fluxo de pessoas, subfinanciamento e falta de políticas públicas que contemplem os municípios transfronteiriços (BERRES; BAGGIO, 2020; SILVA *et al.*, 2020a; SILVA *et al.*, 2020b).

Levando isso em consideração, torna-se necessário e urgente avaliar os serviços da APS sobre as práticas assistenciais que envolvem a prematuridade, sobretudo em regiões de fronteira. Dessa forma e pelo explicitado nesse capítulo, esse estudo apresenta como objeto de pesquisa a validação do instrumento organizado para avaliar a qualidade do seguimento da

saúde da criança prematura no âmbito da APS, denominado Qualiprematuro (SILVA; MELLO, 2022). Construído em 2021, o instrumento teve como base as fragilidades do seguimento da saúde da criança prematura no âmbito da APS em uma região de maior vulnerabilidade por pertencer à tríplice fronteira (SILVA, 2019; SILVA *et al.*, 2021).

Importante destacar ainda que o Qualiprematuro, após ser validado, poderá ser aplicado em outros cenários, pois possibilita apresentar as lacunas assistenciais específicas de cada região, para assim, proporcionar estratégias que potencializem a promoção e a vigilância à saúde de crianças que nasceram prematuras.

Embora a literatura tenha registrado instrumentos para avaliar a qualidade da atenção à saúde na APS, ainda existem lacunas no que se refere ao seguimento da criança de alto risco, tendo em vista suas singularidades, que requerem a qualidade e integração oportuna das esferas de atenção por longo tempo, considerando que alterações e complicações com a saúde e com o desenvolvimento da criança poderão ser identificadas ao longo de toda sua vida.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão está organizada para apresentar informações inerentes ao tema: “qualidade do seguimento da saúde da criança prematura na atenção primária”, distribuídas nos seguintes subtemas para melhor compreensão: nascimento prematuro e a morbimortalidade; seguimento da saúde da criança prematura; avaliação da qualidade das práticas assistenciais em serviços de atenção primária.

4.1 O NASCIMENTO PREMATURO E A MORBIMORTALIDADE

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como prematuro todo recém-nascido vivo com peso inferior a 2.500 gramas. Tal conceito foi amplamente utilizado até que ficou evidente que o peso de nascimento não poderia ser a única medida de maturidade fetal, mas deveria ser relacionado à idade gestacional. A partir de 1961, a OMS mudou o conceito de prematuridade, passando a considerá-la quando o recém-nascido vivo tem menos de 37 semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). A criança que nasce com menos de 2.500 gramas passou a ser denominada de baixo peso, podendo ou não ser prematura, dependendo da idade gestacional. Essa definição omite o limite inferior de semanas e considera apenas recém-nascidos vivos (RIBEIRO, 2017).

O nascimento prematuro pode ainda ser classificado como prematuridade extrema (idade gestacional inferior a 28 semanas); muito prematuro (28 a 31 semanas e seis dias); prematuridade moderada (32 a 33 semanas e seis dias); prematuridade tardia (34 e 36 semanas e seis dias). Segundo a OMS, a prematuridade está associada a um risco importante de morbimortalidade infantil, particularmente entre prematuros extremos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

Segundo o relatório da OMS, cerca de 1 em cada 10 bebês nasce prematuro, impactando no sistema de saúde e na vida das famílias em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estima que, mundialmente, cerca de 20 milhões de crianças nascem com baixo peso a cada

ano e que 95,6% desses nascimentos ocorrem em países em desenvolvimento (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2007). O Brasil está como o décimo país com maior número absoluto de nascimentos prematuros, com prevalência estimada de 11,7%. Dados oficiais do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) indicam que houve discreto aumento da prevalência de prematuros no país (OLIVEIRA; PINTO, 2019).

As causas perinatais são reconhecidamente a principal causa de mortalidade infantil no país. No período perinatal, a mortalidade é maior, principalmente nas primeiras 24 horas. A literatura científica descreve que a prematuridade pode aumentar o risco de adaptação à vida extrauterina principalmente devido à imaturidade anatômica e fisiológica, podendo, desse modo, estar associada a 75% da mortalidade neonatal. Além disso, há evidências de que a morbidade neonatal tende a aumentar quando está relacionada a diversos fatores de risco demográficos e obstétricos (SALGE, 2009; SANDEVA; UCHIKOVA, 2016).

O recém-nascido prematuro pode apresentar inúmeras complicações após o nascimento e, muitas vezes, está associado ao baixo peso, agravando ainda mais o risco de morbimortalidade infantil. A morbidade está diretamente relacionada a doenças respiratórias, infecções e complicações neurológicas (GOMES, 2021).

Estudo mostrou que a falta de acompanhamento pré-natal é um dos principais problemas do nascimento prematuro no mundo. Além disso, tabagismo, abuso de álcool, uso de narcóticos, aumento do estresse, infecções do trato urinário, sangramento vaginal, diabetes, obesidade, pressão alta e gravidez gemelar são causas comuns de parto prematuro (BEHRMA; BUTLER, 2007; SALGE, 2009; SANDEVA; UCHIKOVA, 2016).

A prematuridade é vista como situação de risco para o desenvolvimento humano. Pode ser agravada por efeito de outras variáveis de risco, possibilitando serem distintas devido a realidades socioeconômicas divergentes em cada país. A maior parte das mortes infantis ocorre nos primeiros dias de vida da criança e por causas consideradas evitáveis (LEAL *et al.*, 2016).

O estudo de Silva (2019) a respeito da mortalidade do prematuro em região de fronteira, mostrou que há vulnerabilidades importantes na continuidade do cuidado ao prematuro, apontando para uma grave desconexão entre APS, hospitais e serviços profissionais.

No que se refere às disparidades no acompanhamento em saúde de crianças prematuras e com longa permanência de hospitalização diante da pandemia da Covid-19, os desafios de promover a saúde e prevenir os agravos aumentaram em um ambiente de saúde

pública já difíceis que os serviços estavam sobrecarregados, e a assistência, comprometida (SILVA, 2019; SILVA *et al.*, 2021).

Independentemente de residência e nacionalidade, existem duas leis que acolhem pessoas de dentro e fora do país: a Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta as ações e serviços de saúde humana básica em todo o país, e a Lei de Migração, que prevê direitos aos imigrantes no Brasil. Portanto, trazer uma perspectiva de direitos humanos para a saúde pode incorporar conhecimentos e práticas humanísticas, além de tornar visíveis os grupos mais vulneráveis (ZILLY; SILVA, 2022).

Ao compreender o fenômeno da continuidade da assistência ao recém-nascido prematuro em áreas de fronteira, identifica-se a necessidade de planejar os processos de encaminhamento, o cuidado longitudinal, a interface entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a orientação adequada às famílias. Estratégias são necessárias para abordar condições que limitam a continuidade e suprimir a interferência no cuidado da criança que nasceu prematura. (BERRES; BAGGIO, 2020).

Somado à mortalidade, ainda no período da hospitalização, um estudo mostrou que bebês que nascem com o índice Apgar baixo (valor inferior a 7) no primeiro e quinto minutos de vida apresentam maior chance de complicações e sequelas em vários níveis, necessitando da disponibilidade de estruturas técnicas, de equipamentos e de profissionais capacitados para um atendimento de maior complexidade e reversão da situação de risco apresentada no nascimento. (LIMA *et al.*, 2018). Desse modo, compreende-se que, embora a mortalidade de bebês prematuros tenha reduzido, as complicações tardias continuam a ser um problema grave para os serviços e para os profissionais de saúde, essencialmente, às famílias e à nação.

Sabe-se que grande parte dos prejuízos ao desenvolvimento neurológico é consequência de lesões cerebrais originadas no período neonatal. Essas lesões, identificadas por meio do exame realizado no período neonatal, têm sido de grande relevância para prever o prognóstico futuro de bebês prematuros. A exemplo, a leucomalácia periventricular (LPV), que constitui um dos principais eventos associados ao mau prognóstico neurológico, é a causa mais comum de paralisia cerebral entre prematuros, associada muitas vezes à amniorrexe prematura e à infecção perinatal (ESTEVES *et al.*, 2021). No estudo multicêntrico da Rede Vermont Oxford, a leucomalácia cística periventricular e a hemorragia intraventricular grave (grau III e IV) foram descritas como as principais características associadas às sequelas graves no bebê prematuro em longo prazo (CASTRO *et al.*, 2012).

Desse modo, a sobrevivência de prematuros representa, muitas vezes, a necessidade de cuidados individualizados e especializados, tornando-se um desafio para as equipes de saúde,

para a família e para a sociedade. As Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), na qual pode se incluir o bebê prematuro, se refere a crianças frágeis que, por vezes, passaram por longos períodos de hospitalização, necessitando de cuidados especiais na transição para o domiciliar. Além disso, esses recém-nascidos precisam de redes de apoio dos setores de saúde e de assistência social, tendo em vista suas necessidades singulares ao longo da vida. Portanto, a alta hospitalar, embora seja desejo da família, também deve ser compreendida como um desafio que precisa ser acompanhado com avaliações sistemáticas, suporte e intervenções oportunas diante das necessidades da criança e da família (SILVA, 2019; LEITE *et al.*, 2020).

4.2 SEGUIMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA PREMATURA

O tema do acompanhamento da saúde da criança prematura é abordado de maneira global pela OMS, que destaca a importância de estratégias eficazes para garantir o desenvolvimento saudável desses bebês. A OMS ressalta a relevância de diretrizes claras e abrangentes, alinhadas às particularidades de cuidados exigidas por bebês prematuros a fim de assegurar uma abordagem integrada e efetiva no âmbito da APS. Além disso, a organização enfatiza a necessidade de uma equipe multiprofissional engajada no acompanhamento desses casos, reconhecendo a complexidade das necessidades de saúde associadas à prematuridade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

No âmbito internacional, a OMS promove a disseminação de boas práticas e padrões para o seguimento de crianças prematuras, incentivando a adoção de protocolos que abordem não apenas os aspectos clínicos, mas também as dimensões psicossociais e familiares. Dessa forma, a organização busca contribuir para a implementação de estratégias de acompanhamento que considerem as recomendações específicas para bebês de risco habitual e de alto risco, alinhando-se aos princípios de cuidados infantis globais baseados em evidências científicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil recomenda que o acompanhamento de um bebê de risco habitual seja organizado com consultas de puericultura, realizadas por serviços de APS, espaçadas até atingir dois anos de idade, distribuídas em: uma consulta na primeira semana, no primeiro mês, segundo, quarto, sexto, nono, décimo segundo, décimo oitavo e vigésimo quarto meses (BRASIL, 2012).

No que se refere ao seguimento da criança de alto risco, o MS e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) preconizam que, além das consultas de puericultura rotineiras, é fundamental a complementação com a equipe multiprofissional, com intervalos mais espaçados, sendo estas: mensais no primeiro semestre, bimestrais ou trimestrais do sexto ao décimo segundo mês e consultas trimestrais do décimo terceiro ao vigésimo quarto mês (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Ressalta-se que esse intervalo é adotado devido ao consenso na literatura e pela inclusão das faixas etárias que contemplam o maior número de imunizações do lactente, os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como as fases que demandam maiores orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças (AIRES *et al.*, 2015).

As consultas realizadas nos serviços de APS intercaladas entre médicos e enfermeiros foram apontadas como uma importante estratégia pelo MS. Essa forma de organização para acompanhamento efetivo dos bebês prematuros passa por um processo de reconhecimento territorial das vulnerabilidades sociais e clínicas e envolve toda a equipe multiprofissional, sobretudo do Agente Comunitário de Saúde (ACS), para o acompanhamento familiar e domiciliar. A abordagem familiar através da APS deve ser ampliada com a utilização de ferramentas assistenciais, como estratificação do risco familiar, caderneta de saúde da criança (destacando as singularidades do prematuro), genograma, ecomapa, visita domiciliar (VD), teleatendimento, entre outros. Essas ferramentas permitem caracterizar o contexto de vida da família e comunitário, agregando valor ao processo de conhecimento dos fatores ecológicos e ambientais que influenciam o desenvolvimento infantil (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar a necessidade dos profissionais de saúde realizarem a VD após a alta da criança para acompanhar de perto a família durante o processo, pois o acompanhamento tende a melhorar a interação mãe-bebê, conforme indica a literatura científica, pois os familiares sentem-se mais seguros ao receber o tratamento dos profissionais em casa, que fornecerão o suporte para cuidar do filho, baseando-se em suas reais necessidades (CUNHA; SÁ, 2013).

Cuidar dessas crianças torna-se difícil e desafiador diante da necessidade dos pais se responsabilizarem pela saúde e cuidados de seus filhos em casa e sem a ajuda de profissionais do hospital. Portanto, os profissionais de saúde da APS devem acompanhar de perto esses casos e intervir em tempo hábil para atender às necessidades dos prematuros e de suas famílias no ambiente domiciliar (MELO *et al.*, 2014; BOYKOVA, 2016).

O acompanhamento da saúde da criança prematura precisa ser bem-organizado e executado para que ela receba todos os cuidados essenciais para sobreviver e se desenvolver.

Para isso, torna-se necessário a presença de aspectos como: planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados; seguimento domiciliar em visita e teleatendimento; seguimento da saúde infantil paraprevenir agravos; integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado; e apoio e suporte familiar para o cuidado.

4.2.1 Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados

O sucesso do seguimento da saúde da criança prematura envolve muitos fatores para prevenir complicações e agravos que levam à morbimortalidade. Entre esses fatores, encontra-se o delineamento de um programa de alta hospitalar, que inclui protocolos, boa comunicação, bem como a articulação entre profissionais dos exímios pontos de atenção da rede da APS para a legitimação de um plano de cuidados eficaz para o domicílio (SILVA; MELLO, 2022).

Considerado uma das etapas mais importantes para o desligamento dos cuidados hospitalares, o preparo da alta inclui a readaptação do bebê e dos pais para o ambiente familiar uma vez que o cuidado da criança, que até então ficava a cargo da equipe de saúde, passará a ser responsabilidade dos cuidadores parentais (GAÍVA *et al.*, 2006).

O planejamento dessa etapa deverá considerar e abarcar dificuldades e potencialidades para adaptação dessa fase visto que um bebê prematuro estará mais susceptível ao risco de novas internações. Nesse sentido, um dos objetivos centrais do plano de alta é prevenção da reinternação (SCHIMIDT *et al.*, 2011).

Sob a mesma perspectiva, Nietsche *et al.* (2012) considera que o método de planejamento de alta desenvolvido por enfermeiros e direcionado aos pais deve ser norteado pelo pressuposto de que as informações sobre saúde e continuidade dos cuidados domiciliares devem ser precisas, e que os cuidados a serem prestados devem ser coerentes e decisivos para a sobrevivência do bebê. Assim, os responsáveis poderão responder às exigências da criança, minimizando fatores como a exaustão, que pode levar a agravos e a uma nova internação.

Por passar um longo período hospitalizado e em estágios evolutivos diversos, as orientações tendem a depender do estado clínico da criança e de suas demandas de cuidado. Apesar desses fatores, é consenso entre os profissionais a importância do planejamento do processo e do início de alta do prematuro, que deve ser feito o mais rápido possível, e continuar de forma gradativa. (GAÍVA *et al.*, 2006). Corroborando com essa perspectiva, Duarte *et al.* (2010) ressaltam que esse processo nunca pode ser aceito como um evento

distante, apenas no dia da alta; pelo contrário, o plano de alta deve ser ininterrupto e estruturado diariamente visando conscientizar a família sobre o que fazer em momentos difíceis e preparando-a por meio da educação em saúde.

Importante destacar que a alta bem-planejada envolve conhecimento acerca dos aspectos familiares do prematuro, a casa onde o bebê irá residir, suas demandas diárias, entre outras (CARVALHO *et al.*, 2021).

Outro aspecto a considerar se refere aos prematuros que fazem parte de famílias de baixo nível econômico tendo em vista sua exposição ao duplo risco: o biológico e o ambiental. Esses sujeitos necessitam de mais auxílio para o exercício do cuidado, como apoio social e emocional, seguimento ambulatorial sistematizado, entre outros, a fim de promover a continuidade da atenção à saúde, condições de sobrevivência e qualidade de vida (GAÍVA *et al.*, 2006) com respeito às diferenças culturais de cada família (ROMANCINI, 2015).

No que concerne ao plano de cuidados, estudos também apresentaram a essencialidade de se desenvolver esse guia avaliativo de acordo com a realidade das famílias e da comunidade onde estão inseridas. Deve ser delineado mesmo se o bebê prematuro apresenta boas condições de saúde, pois complicações podem aparecer futuramente. Além disso, ressalta-se a relevância de abarcar no plano de cuidados o acompanhamento sistematizado, com ênfase ao crescimento e desenvolvimento, esquema de imunização, complementos vitamínicos (Vitamina D e Ferro), estímulos sensoriais e psicomotores no lar, integração social e rastreamento de problemas auditivos e oftalmológicos (SILVA *et al.*, 2022).

Desenvolver e organizar o plano de cuidado e inserir metodologias ativas para a orientação dos pais são instrumentos importantes no processo de alta hospitalar da criança que nasceu prematura. Essas ferramentas são relevantes para garantir a continuidade do cuidado do recém-nascido a fim de prevenir agravos e reduzir os índices de morbimortalidade (FROTA, 2013).

4.2.2 Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento

O seguimento pós-alta do recém-nascido pré-termo ou de alto risco visa acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento; identificar precocemente alterações; propor intervenções para minimizar sequelas e ajudar a criança a desenvolver-se ao máximo, integrando-se ao seu meio familiar e social, conquistando qualidade de vida independentemente de suas limitações;

apoiar os pais em suas preocupações sobre o bebê e nos cuidados que de ele precisa (GAÍVA *et al.*, 2006).

Um dos instrumentos utilizados nesse processo é a VD, conhecida como uma tecnologia de cuidado antiga, capaz de trazer inúmeros benefícios e resultados positivos. Mostra-se essencial para a família principalmente no que concerne às situações vulneráveis, como a prematuridade, e egressos de UTIN. A VD oportuniza uma maior aproximação com o ambiente familiar da criança dando a possibilidade ao profissional de saúde de conhecer a rotina do bebê, a cultura da família e suas atitudes para o cuidado infantil. Esse conjunto de fatores são fundamentais para garantir o bom desenvolvimento da criança (SILVA *et al.*, 2020b).

A VD possibilita também a continuidade do cuidado no domicílio, proporcionando que o profissional de saúde se envolva, realize intervenções que contribuam para o bom desenvolvimento infantil e para a saúde física e mental materna. Oliveira *et al.* (2021) ressaltam que esse processo deve ser realizado logo após a alta hospitalar, propiciando análise e avaliação geral de saúde para a continuidade do cuidado.

No cerne da saúde infantil, a VD se revela como uma abordagem cuidadosa destinada a avaliar a delicada interação entre mãe e filho além de dedicar especial atenção à criança. Seu propósito é identificar e intervir em situações de vulnerabilidade, contribuindo ativamente para aprimorar as jornadas de vida de mulheres, crianças e famílias. Esse empenho reflete-se de maneira positiva na saúde global, promovendo bem-estar e qualidade de vida. Além disso, busca colaborar no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê, aumentando os índices de amamentação, diminuindo o tabagismo e auxiliando no retorno das mães ao trabalho ou escola (SILVA *et al.*, 2021).

Por ser realizada na casa dos indivíduos, a VD auxilia na identificação dos principais riscos para a saúde do recém-nascido e para sua mãe, por exemplo, violência familiar, maus tratos, negligência, drogadição, bem como outros riscos existentes (KONZEN, 2018). Somado a essas questões, a VD também poderá aumentar o nível de conhecimento materno sobre os principais cuidados com o filho e acompanhamentos necessários e estimular as famílias a reorganizar o seu cotidiano, trabalhando sua autoconfiança (OLIVEIRA *et al.*, 2021b).

Além da VD, outro mecanismo utilizado para o seguimento pós-alta é o teleatendimento, o qual tem sido reconhecido como um instrumento que melhora o acesso e eficiência e possibilita a promoção dos cuidados em saúde no domicílio (SILVA *et al.*, 2020b).

O teleatendimento, considerado a tecnologia mais atual para esse processo, é importante uma vez que, por meio dele, é possível dar suporte às famílias com dúvidas

cotidianas, auxiliando o seguimento e o fluxo de atendimento de crianças prematuras. “O teleatendimento pode ser ofertado por meio de aplicativos, de chamadas virtuais e de mensagens de texto entre famílias e profissionais de saúde” (SILVA *et al.*, 2022, p. 6).

Estudo comprova que ambas as tecnologias para o cuidado, ou seja, a VD e o teleatendimento são eficazes para apoiar as famílias, garantindo e favorecendo a apreensão de necessidades de saúde e das dúvidas rotineiras acerca dos cuidados básicos; proporcionando a resolução de problemas, prevenindo danos, bem como promovendo saúde infantil em situação de prematuridade (SILVA *et al.*, 2020b).

4.2.3 Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos

Ainda que os avanços tecnológicos e científicos se façam presentes, a prematuridade é um campo que apresenta inúmeros desafios, transcendendo a questão da sobrevivência e dos cuidados assistenciais realizados no espaço hospitalar. A garantia de continuidade da atenção após a alta hospitalar é um desses desafios, ou seja, garantir que se “assegure a integralidade da atenção frente à resolução de um agravo específico de saúde sem interrupção da progressão dos acontecimentos, que transcenda a esfera individual e subjetiva do recém-nascido e de sua família” (BERRES, BAGGIO, 2020, p. 2). A legislação brasileira favorece a continuidade do cuidado ao recém-nascido prematuro, assegurando acesso universal e de forma gratuita aos serviços de saúde, em todos os seus níveis de atenção e, ao estrangeiro, garantia de acesso aos serviços de urgência e emergência (BERRES, BAGGIO, 2020).

Para Braga e Sena (2012), a continuidade do cuidado ao recém-nascido de risco tem objetivos que podem ser traduzidos da seguinte forma: acompanhamento da adaptação da criança ao ambiente após a alta hospitalar; incentivo do vínculo família-criança; acompanhamento da evolução pondero-estatural; acompanhamento do desenvolvimento, diagnosticando e tratando de maneira precoce seus desvios, observando e analisando as particularidades de cada caso; gerenciamento do acompanhamento de outros profissionais envolvidos no processo de atendimento à criança; e análise dos dados do seguimento ambulatorial, buscando correlacionar com o atendimento pré e pós-neonatal para promover melhorias no serviço de saúde perinatal.

Silva *et al.* (2022) ressaltam que o seguimento da saúde da criança, com risco ou não, é essencial para a garantia do crescimento e do desenvolvimento saudável. Nesse contexto, os

serviços de APS deverão ser responsáveis pela coordenação e cuidado por serem considerados portas de entrada ao sistema de saúde e articuladores com os demais níveis de assistência.

Um processo contínuo, flexível e dialógico de avaliação. É assim que Braga e Sena (2012) definem as estratégias de cuidado a serem iniciadas na primeira semana após a alta do prematuro. Além disso, a observação e análise da criança durante a consulta, a participação e a valorização da opinião dos pais, “exame neurológico sistematizado, avaliação dos marcos do desenvolvimento com o uso de testes de triagem e avaliação do crescimento com base nos dados antropométricos” também deverão se fazer presentes nesse processo (BRAGA; SENA, 2012, p. 978).

Silva *et al.* (2022) identifica que, para os bebês que nasceram prematuros, acompanhar o crescimento com atenção é fundamental. Sendo assim, para aqueles que ficaram hospitalizados, a primeira consulta deve ser realizada em 48 horas após a alta ou no máximo em cinco dias, com regressos semanais, até completarem 40 semanas. Também há recomendação do uso da idade corrigida para as avaliações e análises até a criança completar dois anos de vida.

Além disso, existem sugestões de viés científico para a utilização de protocolos específicos, utilizando ferramentas de triagens para identificação de riscos de atraso do neurodesenvolvimento e demais riscos (SILVA; MELLO, 2022).

Nesse sentido, o conjunto de fatores e de instrumentos apresentados podem auxiliar no seguimento da saúde infantil no intuito de promover saúde e de prevenir agravos.

4.2.4 Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado

Para que o seguimento da saúde da criança prematura aconteça com agilidade, seja resolutivo e crie possibilidades para a articulação e compartilhamento de informações essenciais entre as diversas esferas de atenção, o domínio de integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado tornam-se promissores (SILVA; MELLO, 2022).

Crianças que nasceram prematuras precisam de cuidados básicos e especializados, permanentes e/ou temporários, ações para melhorar sua saúde e para evitar complicações. Além disso, há necessidade do diálogo entre os setores primários, secundários e terciários

fim de prestar cuidados de forma integrada, explorando toda a potencialidade da criança (SILVA *et al.*, 2022).

Destaca-se que possíveis complicações inerentes à prematuridade e à hospitalização prolongada requerem a avaliação em tempo oportuno por equipe multiprofissional formada por especialistas da fisioterapia, fonoaudiologia, oftalmologia, neurologia, cardiologia e psicologia (SILVA; MELLO, 2022). Contudo, essas crianças poderão demandar cuidados para além dos relacionados às condições físicas-biológicas, como as alterações psicológicas e comportamentais. Nesse sentido, a integração entre esses serviços de saúde e de educação possibilita o delineamento de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, fazendo com que todos os envolvidos conheçam, reconheçam e enfrentem as fragilidades que podem comprometer a evolução infantil. Articular os serviços de saúde e de educação possibilita estreitar caminhos para atender de forma integral a criança prematura e sua família (SILVA; MELLO, 2022).

Tão logo constatem essas alterações, há a possibilidade dos profissionais desenvolverem ações para acompanhar e para estimular a criança. Os estudos analisados pelas autoras acima referenciadas destacam a relevância de delinear um relatório aprofundado acerca do histórico de saúde da criança, bem como disponibilizar um serviço de prontuário eletrônico entre serviços a fim de não delegar apenas às famílias a responsabilidade da descrição da vida e da saúde da criança (SILVA; MELLO, 2022).

4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS PRÁTICAS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Com respeito à avaliação da qualidade das práticas na APS, o estudo de Castro *et al.* (2012), que teve como objetivo comparar a qualidade da atenção à saúde do adulto entre esses diferentes tipos de serviços, mostrou resultados importantes para os serviços avaliados e para a política pública de saúde visto que, na experiência dos profissionais, todos os serviços apresentam atributos que precisam ser aprimorados. Um exemplo descrito no estudo se referiu ao acesso de primeiro contato, que identificou a menor pontuação de todos os serviços, destacando a necessidade de investir nas estruturas e nos processos de cuidados com prioridade para a elegibilidade das APS.

Nesse mesmo estudo, as variáveis que envolvem a especialidade na área de APS e a oferta de educação continuada foram associadas à prevalência de escores totais elevados, sugerindo que o investimento na formação da especialidade da APS pode ser uma estratégia para qualificar os serviços e os profissionais envolvidos na assistência (CASTRO *et al.*, 2012).

Outro estudo que avaliou o desempenho dos serviços de APS na atenção à tuberculose, descreveu problemas que limitam o controle da doença nos serviços, sendo identificados: fragilidades na participação dos profissionais nas ações de controle; centralização e verticalização das ações de controle; mobilidade dos profissionais; fragilidades nos processos de capacitação profissional; necessidade de avançar na articulação entre os pontos de atenção à saúde e fraquezas quanto às estratégias de monitoramento dos procedimentos de controle no contexto da APS (WYSOCKI *et al.*, 2017).

Starfield (2002) conceitua a APS por meio de seus atributos fundamentais (consulta de primeiro contato, longitudinalidade e integralidade do cuidado e coordenação da assistência) e derivados (cuidado centrado na família, orientação comunitária e competência cultural e profissional). Essa operacionalização do conceito permite determinar o grau de localização da APS, o que proporciona comparabilidade entre sistemas ou tipos de serviços, além da associação entre a presença de atributos e a efetividade do cuidado em nível individual e populacional (STARFIELD, 2002; HARZHEIM *et al.*, 2013).

Com base nos atributos essenciais e derivados, foi instituído um instrumento nos Estados Unidos, denominado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), para mensurar a presença e extensão dos atributos da APS em usuários adultos e em crianças. Em 2006, o Brasil validou pela primeira vez a versão PCATool para crianças.

Outras iniciativas para validação ou uso desse mesmo instrumento foram realizadas em vários países, incluindo Taiwan, Hong Kong, Canadá e Espanha (STARFIELD, 2002; HARZHEIM *et al.*, 2013). Desse modo, o PCATool-Brasil pode ser considerado uma ferramenta válida e confiável para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS na experiência do usuário adulto desses serviços mesmo levando em consideração diferenças regionais (HARZHEIM *et al.*, 2013).

Além disso, o MS propôs o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como estratégia para mudar as condições e o modelo de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a partir do foco na ampliação das práticas de gestão, acesso e elegibilidade para participação na Atenção Básica (AB). Essa ação faz parte das recentes diretrizes da APS para OMS, que incentivam os gestores locais do SUS a melhorar a qualidade do atendimento na APS (BRASIL, 2012; FAUSTO *et al.*, 2014). O

PMAQ-AB consiste em quatro fases: (1) adesão e contratualização; (2) desenvolvimento; (3) avaliação externa; (4) recontratualização. A terceira fase do programa (avaliação externa) inclui uma série de ações destinadas a verificar as condições e a qualidade de acesso das equipes AB (BRASIL, 2012; FAUSTO *et al.*, 2014).

As pesquisas mostraram que as equipes estão cada vez mais atuando como porta de entrada de escolha, atendendo adiferentes necessidades e atuando como filtros para o atendimento especializado. No entanto, persistem importantes barreiras organizacionais: a mobilidade é pouco organizada, a integração da APS na rede ainda está em seus estágios iniciais e não há articulação entre a atenção primária e especializada (FAUSTO *et al.*, 2014).

Atualmente, foi descrito também o projeto denominado DISABKIDS®, do Grupo Europeu DISABKIDS®. Nasceu de uma colaboração entre sete países europeus com o objetivo principal de expressar as preocupações de crianças e de adolescentes com condições crônicas de saúde bem como seus pais e cuidadores. Nele, é possível realizar testes para construir e aprimorar um sistema instrumentado denominado *questionnaires* DISABKIDS®, traduzido para o português brasileiro como instrumentos DISABKIDS®. Esses instrumentos são eficazes, confiáveis e sensíveis, rápidos de completar, fáceis de pontuar e fáceis de interpretar (ROMEIRO *et al.*, 2020).

Embora a literatura tenha registrado instrumentos para avaliar a qualidade da atenção à saúde na APS, ainda existem lacunas no que se refere ao seguimento da criança de alto risco, tendo em vista suas singularidades, que requerem a qualidade e integração oportuna das esferas de atenção por longo tempo, considerando que alterações e complicações com a saúde e desenvolvimento da criança poderão ser identificadas ao longo de toda sua vida.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo metodológico utilizando-se como ferramenta a Técnica Delphi para validação do guia avaliativo intitulado “Qualiprematuro” (SILVA; MELLO, 2022). De acordo com Zarili (2021), a Técnica Delphi permite construir e validar informações realizadas em rodadas sucessivas de avaliação por meio do consenso de especialistas.

A Técnica Delphi se refere a uma importante ferramenta de investigação pois permite reunir um conjunto de opiniões de especialistas separados geograficamente, levando a resultados densos sobre temáticas complexas e abrangentes. Tal potencialidade possibilita fazer leituras profundas da realidade e serve de base para uma melhor compreensão dos fenômenos e torna possível também orientar a tomada de decisão e transformar a realidade com base nas opiniões dos intervenientes e dos especialistas envolvidos. Trata-se de um método capaz de estruturar um processo de comunicação coletiva de modo que este seja efetivo ao permitir a um grupo de indivíduos, como um todo, lidar com um problema complexo (MARQUES *et al.*, 2011).

5.2 GUIA AVALIATIVO QUALIPREMATURO

O Qualiprematuro foi construído em 2021 (SILVA; MELLO, 2022) a partir de uma pesquisa de pós-doutorado, que teve como base as fragilidades do seguimento da saúde da criança que nasceu prematura, no âmbito da APS, em uma região de maior vulnerabilidade por pertencer a uma tríplice fronteira (SILVA, 2019; SILVA *et al.*, 2021).

O guia avaliativo envolve um questionário com 65 itens que deverá ser respondido por profissionais de saúde (enfermeiros ou médicos) que atuam em serviços de APS. A primeira versão foi organizada em cinco domínios com a finalidade de abranger elementos que qualificam o seguimento da saúde da criança que nasceu prematura: planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados (composto por 11 questões); seguimento

domiciliar em visita e teleatendimento (11 questões); seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos (12 questões); integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado (19 questões); apoio e suporte familiar para o cuidado (12 questões).

Para cada questão, foram atribuídas quatro respostas com valores que variam de 01 (inadequado) a 04 (excelente) com escolha de uma única alternativa. Ao final de cada domínio, os valores devem ser somados a fim de verificar o que e de que forma o serviço de saúde tem realizado o seguimento da criança prematura. Foi previsto a avaliação de cada domínio de forma separada, considerando que o serviço poderá se encontrar inadequado em um domínio, mas excelente em outro, sendo que, ao final, cada domínio terá as seguintes avaliações: inadequado, regular, adequado ou excelente.

5.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para a validação do Qualiprematuro, foram incluídos na primeira etapa da validação 17 juízes enfermeiros com, minimamente, titulação de mestre (seis mestres e 11 doutores), participantes de pesquisas relacionadas à saúde do recém-nascido e a da criança, descritas no currículo lattes e/ou na atenção direta aos recém-nascidos. Foram excluídos da pesquisa, os enfermeiros que não responderam ao convite após três tentativas de contato (por *e-mail* ou por aplicativo de mensagens WhatsApp, Inicialmente, foram enviados 50 convites, sendo que 17 responderam e procederam à avaliação do conteúdo do guia avaliativo.

Para a condução da segunda etapa de pesquisa, foram participantes, escolhidos de modo intencional, 20 enfermeiros juízes, atuantes em serviços de APS de um município brasileiro de tríplice fronteira. Definiu-se como forma de exclusão os enfermeiros que se encontravam de licenças ou férias no período da coleta de dados.

A amostra dos participantes foi estabelecida levando-se em conta a aproximação a outros trabalhos de validação de instrumentos (SILVA *et al.*, 2018; CESTARI *et al.*, 2021).

5.4 CENÁRIO DA PESQUISA

A Técnica Delphi pode contemplar juízes de espaços geográficos diversos visto o contato do mediador ser em sua essência via *on-line*. Para esse estudo, na primeira etapa,

buscaram-se juízes atuantes no espaço brasileiro; enquanto, para a segunda etapa, elegeu-se como cenário o município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil.

Foz do Iguaçu é um município do Brasil, localizado na região Oeste do estado do Paraná. A distância rodoviária até Curitiba, capital administrativa do estado, é de 643 quilômetros. O território tem uma área de 617.701 km², dos quais 61.200 km² é constituído por uma população de 285.415 habitantes, segundo o censo de 2022. Foz do Iguaçu é o terceiro destino do país para turistas estrangeiros e o primeiro da região Sul. A cidade é famosa pelas Cataratas do Iguaçu, uma das vencedoras do concurso para seleção das Sete Maravilhas da Natureza, e pela Usina Hidrelétrica de Itaipu, segunda maior e mais potente hidrelétrica do mundo. Em 1996, foi considerada uma das maiores hidrelétricas do mundo. Sete Maravilhas do Mundo Moderno, selecionadas pela Sociedade Americana de Engenheiros Civis. Foz do Iguaçu faz parte da Região Urbana Trinacional, com mais de 700.000 habitantes, que também faz fronteiras com países limítrofes: Ciudad del Este, no Paraguai, e Puerto Iguazú, na Argentina. (GALVÃO *et al.*, 2014).

Foz do Iguaçu, no Paraná, conta com 29 UBSs em funcionamento até o ano de 2023. São unidades de saúde de atenção primária que oferecem atendimento médico, odontológico, de enfermagem e de outras especialidades. Elas são responsáveis por prestar assistência à população de forma integral e contínua promovendo saúde e prevenindo doenças (ROSA, 2023). O município conta com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em funcionamento: UPA João Samek (localizada no bairro Vila A) e UPA Dr. Walter Cavalcanti Barbosa (localizada no bairro Morumbi). Em 2023, as UPAs de Foz do Iguaçu atenderam cerca de 126 mil pacientes no primeiro semestre (BURIASCO, 2023). Também conta com três hospitais com atendimento público: Hospital Municipal Padre Germano Lauck; Hospital Cataratas; Hospital Ministro Costa Cavalcanti. Para atender o recém-nascido de risco, apenas o hospital Ministro Costa Cavalcanti tem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Para o seguimento especializado da saúde da criança nascida prematura, o município disponibiliza o Centro de Nutrição Infantil (CENNI), uma organização não governamental, fundada em 1993, tendo em vista a frequência de mortes infantis por desnutrição na região. O centro dispõe de uma equipe multidisciplinar composta por pediatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas. Oferece atendimento ambulatorial e hospitalar diurno para crianças com baixo peso, que necessitam de suporte nutricional e administração de medicamentos. Embora o CENNI seja referência para recém-nascido pré-termo, também atende outras crianças

brasileiras de diversas cidades, residentes no Brasil, ou em outro país da região de fronteira (Paraguai e Argentina) (BERRES; BAGGIO, 2020).

Atualmente, o CENNI oferece cuidados multidisciplinares de prevenção e reabilitação para crianças em risco. Mantém atendimento ambulatorial a diversos distúrbios nutricionais, incluindo desnutrição e anemia carencial, diarreia crônica, intolerâncias a determinados alimentos, hábitos alimentares inadequados, doença celíaca, prematuridade, baixo peso e obesidade infantil (BERRES; BAGGIO, 2020).

5.5 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

A primeira rodada de envio do questionário para os juízes aconteceu no mês de junho de 2023 e em seguida no mês de agosto do mesmo ano, apenas para alcançar um número representativo de participantes. Para a segunda etapa, o período de coleta aconteceu em setembro de 2023. Considerando-se a Técnica Delphi, não foram necessárias novas rodadas após as análises estatísticas realizadas.

5.6 COLETA DE DADOS

A busca pelos juízes foi realizada utilizando-se os filtros de pesquisa dentro da própria Plataforma Lattes do Currículo Lattes e por meio de busca na página dos programas de pós-graduação *stricto sensu* de universidades públicas brasileiras.

Os juízes foram convidados por meio de uma carta-convite (Apêndice I) encaminhada via *e-mail*/ou por WhatsApp. No corpo desse *e-mail*, foi explicado detalhadamente os objetivos da pesquisa. Ao aceitarem o convite, os participantes assinaram digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II) em duas vias, sendo uma para o participante, e a outra, encaminhada ao remetente para ser arquivada e anexada no trabalho final. Em seguida, foi enviado o guia avaliativo (Apêndice III) para avaliação e validação. Após preenchê-lo, os juízes enviaram de forma *on-line* às pesquisadoras. Além da opção via *e-mail*, foram organizados o TCLE e o guia avaliativo pelo Google Forms, sendo que essa escolha foi a mais utilizada pelos participantes.

Ressalta-se que a coleta junto aos juízes não precisou ser repetida visto que alcançou na primeira rodada o valor de concordância proposta pelo método de análise com as devidas recomendações do material.

Para a segunda etapa, os juízes participantes convidados pertenciam a unidades de saúde diferentes, abrangendo os cinco distritos de saúde de Foz do Iguaçu, para assim verificar a clareza e a compreensão do guia avaliativo no município como um todo.

A unidade de saúde inserida foi eleita por meio de sorteio. Em seguida, a pesquisadora fez o convite aos enfermeiros para participarem da pesquisa via telefone e/ou por mensagem de texto. Do mesmo modo feito para os juízes, foi dada a opção via *e-mail* e pelo Google Forms com adaptação do guia avaliativo para atender a proposta da pesquisa. Nessa etapa, todos os 20 enfermeiros optaram por utilizar o Google Forms.

5.7 GUIA AVALIATIVO DE COLETA DE DADOS

O guia avaliativo utilizado para a coleta de dados (Apêndice III) com os juízes foi uma adaptação do Qualiprematuro. Para cada questão, foram atribuídas as seguintes interpretações: concordo, concordo parcialmente e discordo. Essas interpretações foram organizadas em uma Escala Likert, atribuindo-se valores de 1 a 3, sendo: (1) discordo; (2) concordo parcialmente; (3) concordo. Caso a interpretação do juiz fosse “discordo ou concordo parcialmente”, havia um espaço em branco para descrever a sugestão para a reformulação da questão.

Do mesmo modo, na segunda etapa, para cada questão, atribuíram-se as seguintes interpretações: confusas, pouco claras e claras e de fácil compreensão. Essas interpretações foram organizadas em uma Escala Likert, atribuindo-se valores de 1 a 3, sendo: (1) confusas; (2) pouco claras; e (3) claras e de fácil compreensão. Também foi disponibilizado um espaço para os enfermeiros indicarem recomendações caso a questão recebesse a avaliação “confusa e ou pouco clara”.

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos resultados foi realizada a partir do coeficiente α de Cronbach (ALMEIDA *et al.*, 2010). Pelo fato de o cálculo ser realizado em um programa de computador, a planilha de dados contém na coluna as respostas de cada questão tal qual cada

participante respondeu, sendo cada linha referente a um participante. A partir dessa planilha, o programa cria a matriz de variâncias. A análise estatística foi realizada pelo programa Jamovi versão 2.3.21.

Figura 1-Fórmula do Coeficiente Alfa de Cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[\frac{\sigma_t^2 - \sum_{i=1}^k \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Fonte: Leontitsis e Pagge (2007, p. 337).

Segundo Almeida *et al.* (2010), o valor mínimo aceitável para o α é de 0,70. Resultados obtidos abaixo no capítulo 6 representam uma inconsistência ou questões inadequadas. Entretanto, valores acima de 0,90 podem descrever uma redundância ou duplicação nos itens avaliados do mesmo elemento ou constructo, sendo, nesses casos, preferíveis valores de α entre 0,80 e 0,90 de resultados para garantir um nível satisfatório de confiabilidade.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, parecer nº 5.910.255, e respeitou todos os preceitos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos de acordo com a Resolução nº466/2012. Para manter o anonimato, os participantes foram indicados apenas com letra J (juízes) e com o número sequencial da avaliação, como segue: J1, J2, etc. Para os enfermeiros, estes foram identificados pela letra E, com o número sequencial dos inquéritos, E1, E2, etc.

6 RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DA ETAPA 1: VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO GUIA AVALIATIVO QUALIPREMATURO

6.1.1 Caracterização dos juízes participantes da primeira etapa

Foram participantes dessa etapa de validação de conteúdo 17 juízes – todas enfermeiras, com titulação mínima de mestre (seis mestres e 11 doutores), atuantes na docência em universidades públicas de ensino e na prática profissional com crianças nascidas prematuras, da região Sul e Sudeste do Brasil.

6.1.2 Análise de Fiabilidade do guia avaliativo Qualiprematuro – Primeira Etapa

Para a análise de confiança interna do guia avaliativo (análise de fiabilidade), as questões 30, 40, 43, 46, 47, 50, 56, 58, 64 e 65 foram retiradas da análise visto que não apresentavam variância, ou seja, a resposta estava igual (“concordo”) para todos os 17 participantes.

A Análise de Fiabilidade do guia avaliativo, de forma geral, segundo o α de Cronbach, mostrou correlação satisfatória das questões com escala superior a 0,980. A análise distribuída pelos cinco domínios igualmente apresentou confiabilidade satisfatória como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 -Análise de Fiabilidade distribuída entre os domínios do guia avaliativo Qualiprematuro. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

Escalas	α de Cronbach
Guia avaliativo geral	0,989
Domínio I	0,970
Domínio II	0,957
Domínio III	0,958
Domínio IV	0,972
Domínio V	0,965

Fonte: A autora.

As Análises de Fiabilidade do item distribuídas por questão também mostraram resultados que identificam concordância entre os juízes quanto ao conteúdo do guia avaliativo Qualiprematuro (Tabela 2).

Tabela 2 - Análises de Fiabilidade do item distribuídas por questão aplicadas no guia avaliativo Qualiprematuro. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

	Correlação item-total	Se o item for eliminado α de Cronbach
Questão 1	0,804	0,989
Questão 2	0,593	0,989
Questão 3	0,898	0,989
Questão 4	0,664	0,989
Questão 5	0,859	0,989
Questão 6	0,729	0,990
Questão 7	0,908	0,989
Questão 8	0,845	0,989
Questão 9	0,908	0,989
Questão 10	0,737	0,989
Questão 11	0,804	0,989
Questão 12	0,898	0,989
Questão 13	0,898	0,989
Questão 14	0,845	0,989
Questão 15	0,898	0,989
Questão 16	0,824	0,989
Questão 17	0,898	0,989
Questão 18	0,907	0,989
Questão 19	0,804	0,989
Questão 20	0,829	0,989
Questão 21	0,829	0,989
Questão 22	0,829	0,989
Questão 23	0,845	0,989
Questão 24	0,898	0,989
Questão 25	0,829	0,989
Questão 26	0,898	0,989
Questão 27	0,946	0,989
Questão 28	0,804	0,989
Questão 29	0,824	0,989
Questão 31	0,898	0,989
Questão 32	0,829	0,989
Questão 33	0,928	0,989
Questão 34	0,829	0,989
Questão 35	0,829	0,989

	Se o item for eliminado	
	Correlação item-total	α de Cronbach
Questão 36	0,845	0,989
Questão 37	0,829	0,989
Questão 38	0,946	0,989
Questão 39	0,944	0,989
Questão 41	0,829	0,989
Questão 42	0,898	0,989
Questão 44	0,829	0,989
Questão 45	0,898	0,989
Questão 48	0,829	0,989
Questão 49	0,829	0,989
Questão 51	0,829	0,989
Questão 52	0,829	0,989
Questão 53	0,829	0,989
Questão 54	0,829	0,989
Questão 55	0,829	0,989
Questão 57	0,829	0,989
Questão 59	0,898	0,989
Questão 60	0,946	0,989
Questão 61	0,898	0,989
Questão 62	0,829	0,989
Questão 63	0,829	0,989

Fonte: A autora.

Para detalhar a avaliação do guia avaliativo, foram aplicados os testes para cada questão, verificando a possibilidade de retirar qualquer uma utilizando os valores de “correlação item-total” caso os juízes achassem necessário. Segundo a avaliação, embora não foi constatado estatisticamente a necessidade, suprimiu-se do Domínio I a questão número seis (questão 6). A correlação item-total α de Cronbach identificou resultados satisfatórios como mostra as Tabelas 3, 4, 5, 6 e 7.

Tabela 3 - Estatísticas da Fiabilidade do Item do Domínio I – Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

	Se o item for eliminado	
	Correlação item-total	α de Cronbach
Questão 1	0,907	0,966
Questão 2	0,800	0,968
Questão 3	0,715	0,972
Questão 4	0,878	0,966

	Se o item for eliminado	
	Correlação item-total	α de Cronbach
Questão 5	0,905	0,965
Questão 6	0,909	0,969
Questão 7	0,953	0,964
Questão 8	0,818	0,969
Questão 9	0,953	0,964
Questão 10	0,924	0,965
Questão 11	0,907	0,966

Fonte: A autora.

Tabela 4 -Estatísticas da Fiabilidade do Item do Domínio II - Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

	Se o item for eliminado	
	Correlação item-total	α de Cronbach
Questão 12	0,903	0,949
Questão 13	0,903	0,949
Questão 14	0,807	0,952
Questão 15	0,903	0,949
Questão 16	0,807	0,954
Questão 17	0,903	0,949
Questão 18	0,839	0,957
Questão 19	0,721	0,956
Questão 20	0,832	0,954
Questão 21	0,832	0,954
Questão 22	0,832	0,954

Fonte:A autora.

Tabela 5 - Estatísticas da Fiabilidade do Item do Domínio III - Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

	Se o item for eliminado	
	Correlação item-total	α de Cronbach
Questão 23	0,815	0,953
Questão 24	0,921	0,951
Questão 25	0,823	0,956
Questão 26	0,921	0,951
Questão 27	0,965	0,948
Questão 28	0,726	0,956
Questão 29	0,800	0,954
Questão 31	0,921	0,951

	Se o item for eliminado	
	Correlação item-total	α de Cronbach
Questão 32	0,823	0,956
Questão 33	0,892	0,958
Questão 34	0,823	0,956

Fonte: A autora.

Tabela 6 -Estatísticas da Fiabilidade do Item do Domínio IV - Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

	Se o item for eliminado	
	Correlação item-total	α de Cronbach
Questão 35	0,940	0,969
Questão 36	0,704	0,974
Questão 37	0,940	0,969
Questão 38	0,968	0,970
Questão 39	0,842	0,976
Questão 41	0,940	0,969
Questão 42	0,838	0,970
Questão 44	0,940	0,969
Questão 45	0,838	0,970
Questão 48	0,940	0,969
Questão 49	0,940	0,969
Questão 51	0,940	0,969
Questão 52	0,940	0,969
Questão 53	0,940	0,969

Fonte: A autora.

Tabela 7 -Estatísticas da Fiabilidade do Item do Domínio V - Apoio e suporte familiar para o cuidado. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

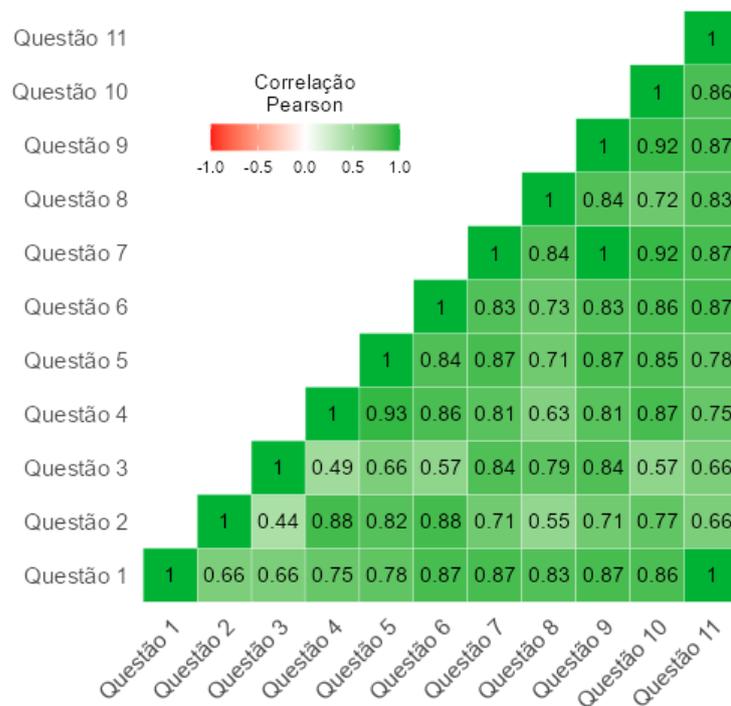
	Se o item for eliminado	
	Correlação item-total	α de Cronbach
Questão 54	0,934	0,958
Questão 55	0,934	0,958
Questão 57	0,934	0,958
Questão 59	0,843	0,961
Questão 60	0,981	0,967
Questão 61	0,843	0,961
Questão 62	0,934	0,958
Questão 63	0,934	0,958

Fonte: A autora.

6.1.3 Mapas térmicos de correlações para validação do conteúdo do Qualiprematuro

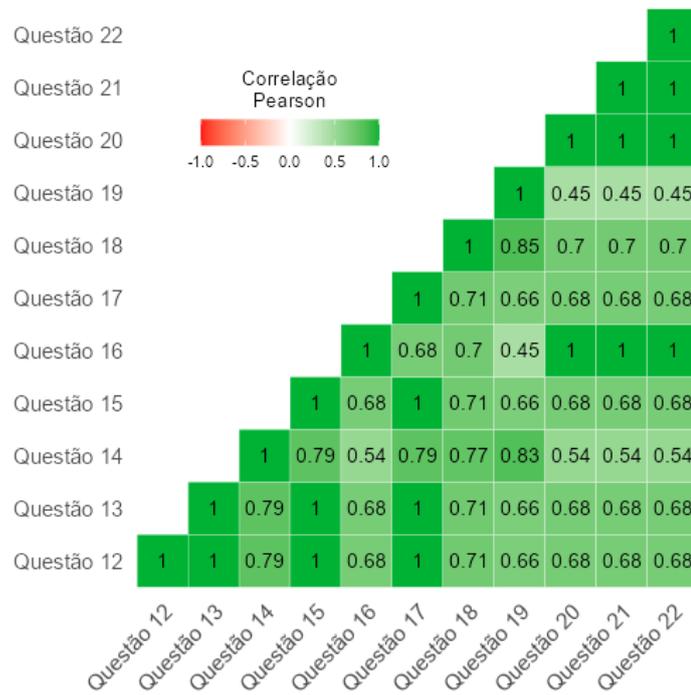
No que se refere aos mapas térmicos de correlações, verifica-se nas Figuras 2, 3, 4, 5 e 6 que os resultados reforçam o valor atribuído ao α de Cronbach visto que demonstra bons valores de correlação, e mesmo abaixo de 0,5, permitiram uma compreensão regular da associação entre as questões. De um modo geral as correlações foram satisfatórias em todos os domínios.

Figura 2 -Mapa Térmico de Correlações do Domínio I – Planejamento da alta hospitalar e organização do Plano de Cuidados. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.



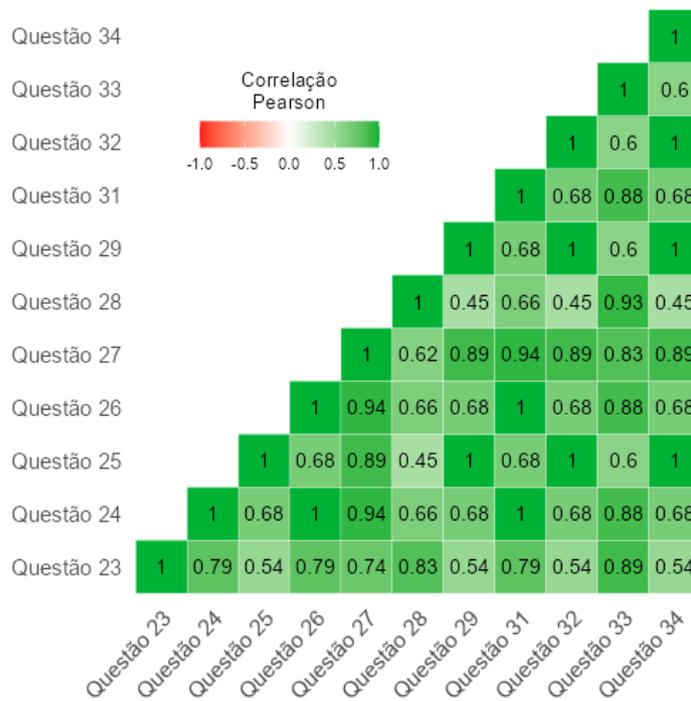
Fonte: A autora.

Figura 3 -Mapa Térmico de Correlações do Domínio II - Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.



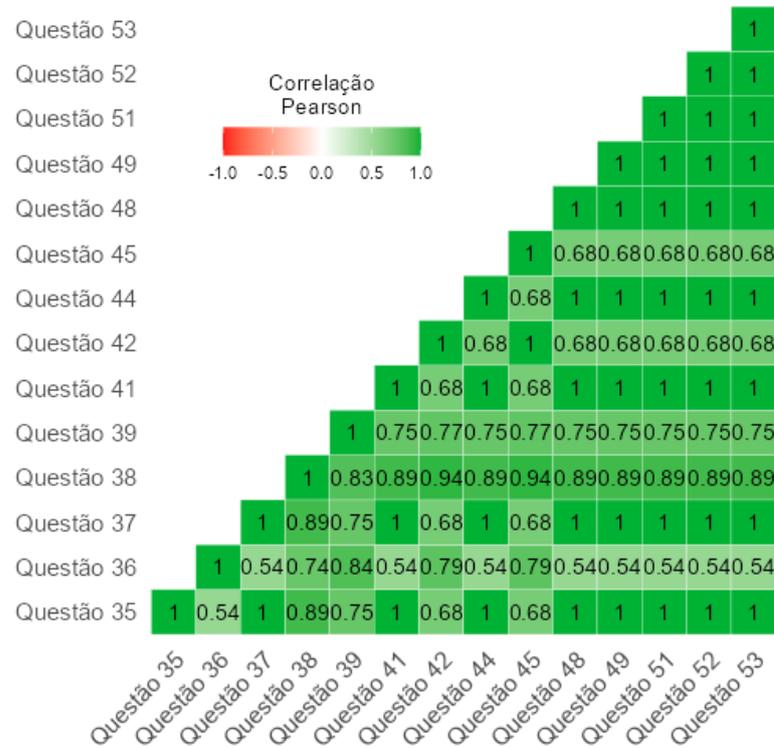
Fonte: A autora.

Figura 4 -Mapa Térmico de Correlações do Domínio III – Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.



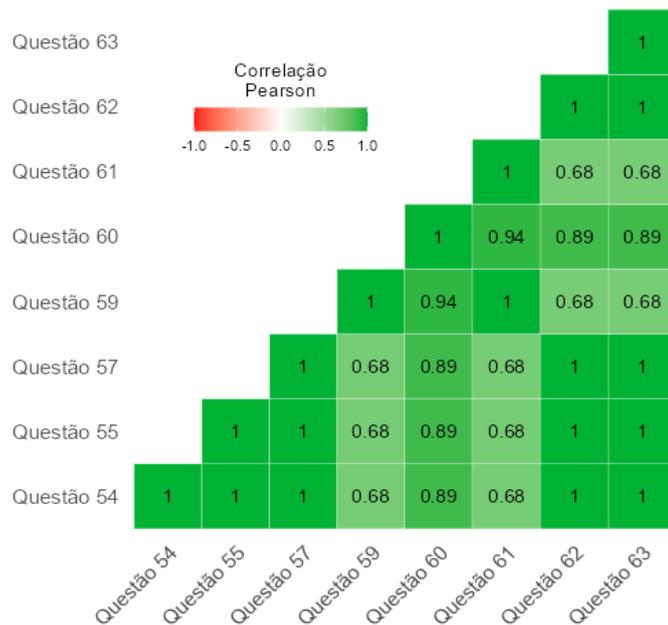
Fonte: Os autores.

Figura 5 -Mapa Térmico de Correlações do Domínio IV - Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.



Fonte: A autora.

Figura 6 -Mapa Térmico de Correlações do Domínio V – Apoio e suporte familiar para o cuidado. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.



Fonte: A autora.

6.2 RESULTADOS DA ETAPA 2: VERIFICAÇÃO DA CLAREZA E DA COMPREENSÃO DO GUIA AVALIATIVO QUALIPREMATURO

6.2.1 Caracterização dos juízes, enfermeiros da APS da Segunda Etapa

Participaram juízes da etapa de verificação da clareza e compreensão do guia avaliativo assim caracterizados: 20 enfermeiros, atuantes em serviços de APS dos cinco distritos sanitários do município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil.

6.2.2 Análise de Fiabilidade do guia avaliativo Qualiprematuro – Segunda Etapa

Na etapa de verificação da clareza e da compreensão do guia avaliativo, a Análise de Fiabilidade de forma geral, segundo o α de Cronbach, mostrou concordância satisfatória das questões, com escala superior de 0,993. Distribuída pelos cinco domínios igualmente, a análise apresentou correlação satisfatória pelo α de Cronbach e por domínio. No Domínio III tenha ocorrido uma diminuição do coeficiente sem prejudicar a confiabilidade como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 - Análise de Fiabilidade quanto à clareza e à compreensão do guia avaliativo distribuída entre os domínios do Qualiprematuro. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

Escalas	α de Cronbach
Guia avaliativo Geral	0,993
Domínio I	0,961
Domínio II	0,977
Domínio III	0,876
Domínio IV	0,984
Domínio V	0,981

Fonte: A autora.

Para detalhar a avaliação da clareza e da compreensão do guia avaliativo, foi aplicado o teste para cada domínio, verificando a possibilidade de retirar qualquer uma das questões a partir da análise dos valores da correlação item-total caso os enfermeiros achassem necessário. Segundo a avaliação, não foi constatado estatisticamente a necessidade; porém, com base na análise das recomendações dos juízes, (inicialmente) foi suprimido do Domínio I a questão número seis (questão 6).

A correlação item-total α de Cronbach identificou resultados satisfatórios; contudo, as questões 11, 21, 23, 46 e 63 não demonstraram boa correlação. Mesmo assim, a permanência delas não prejudicou a análise da confiabilidade como mostram as Tabelas 9, 10, 11, 12 e 13.

Tabela 9 - Estatísticas da Fiabilidade do Item quanto à clareza e à compreensão do Domínio I – Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

	Correlação item-total	Se o item for eliminado
		α de Cronbach
Q1	0,711	0,961
Q2	0,739	0,960
Q3	0,952	0,952
Q4	0,918	0,954
Q5	0,769	0,958
Q6	0,898	0,954
Q7	0,864	0,956
Q8	0,845	0,956
Q9	0,925	0,953
Q10	0,908	0,954
Q11	0,513	0,965

Fonte: A autora.

Tabela 10 - Estatísticas da Fiabilidade do Item quanto à clareza e à compreensão do Domínio II – Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

	Correlação item-total	Se o item for eliminado
		α de Cronbach
Q12	0,883	0,975
Q13	0,809	0,977
Q14	0,963	0,973
Q15	0,870	0,975
Q16	0,809	0,977
Q17	0,891	0,975
Q18	0,964	0,973
Q19	0,942	0,973
Q20	0,958	0,973
Q21	0,688	0,980
Q22	0,942	0,973

Fonte: A autora.

Tabela 11 -Estatísticas da Fiabilidade do Item quanto à clareza e à compreensão do Domínio III – Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

	Correlação item-total	Se o item for eliminado
		α de Cronbach
Q23	0,196	0,883
Q24	0,658	0,861
Q25	0,596	0,865
Q26	0,290	0,884
Q27	0,796	0,856
Q28	0,333	0,878
Q29	0,674	0,860
Q30	0,734	0,857
Q31	0,447	0,874
Q32	0,554	0,869
Q33	0,849	0,855
Q34	0,810	0,850

Fonte: A autora.

Tabela 12 -Estatísticas da Fiabilidade do Item quanto à clareza e à compreensão do Domínio IV – Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

	Correlação item-total	Se o item for eliminado
		α de Cronbach
Q35	0,945	0,983
Q36	0,895	0,982
Q37	0,810	0,983
Q38	0,939	0,982
Q39	0,984	0,982
Q40	0,880	0,983
Q41	0,806	0,983
Q42	0,845	0,983
Q43	0,883	0,983
Q44	0,863	0,983
Q45	0,886	0,983
Q46	0,546	0,985
Q47	0,802	0,983
Q48	0,982	0,982
Q49	0,878	0,983
Q50	0,982	0,982
Q51	0,907	0,982
Q52	0,870	0,983

	Correlação item-total	Se o item for eliminado
		α de Cronbach
Q53	0,861	0,983

Fonte: A autora.

Tabela 13 -Estatísticas da Fiabilidade do Item quanto à clareza e à compreensão do Domínio V – Apoio e suporte familiar para o cuidado. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

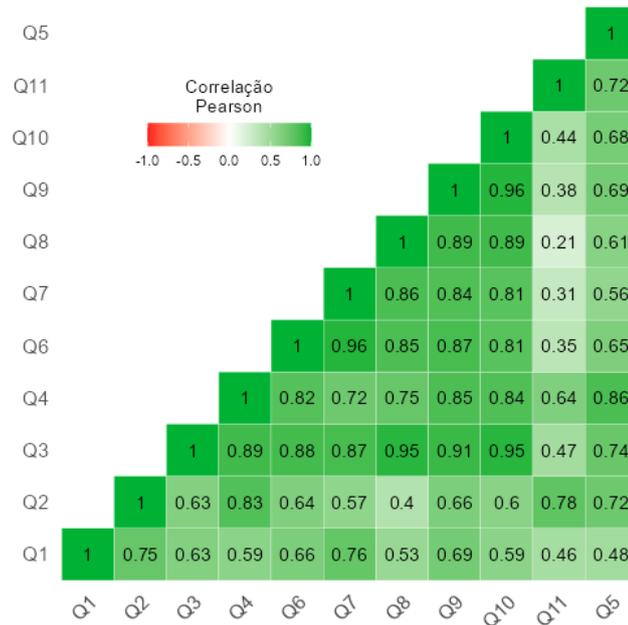
	Correlação item-total	Se o item for eliminado
		α de Cronbach
Q54	0,904	0,979
Q55	0,936	0,978
Q56	0,968	0,978
Q57	0,709	0,985
Q58	0,978	0,977
Q59	0,968	0,978
Q60	0,909	0,979
Q61	0,978	0,977
Q62	0,922	0,978
Q63	0,667	0,984
Q64	0,936	0,978
Q65	0,909	0,979

Fonte: A autora.

6.2.3 Mapas térmicos de correlações da clareza e compreensão do guia avaliativo

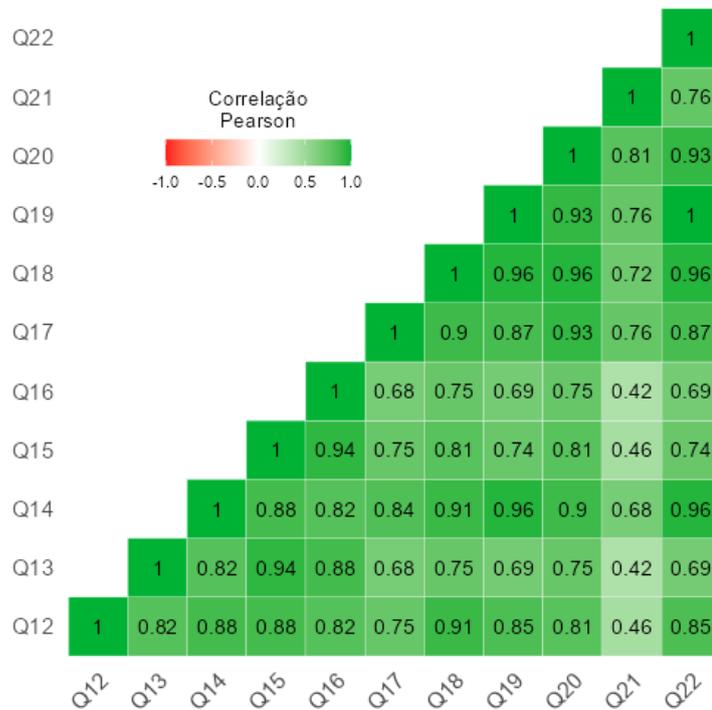
No que se refere aos mapas térmicos de correlações, verifica-se nas figuras 7, 8, 9, 10 e 11 que os resultados reforçam o valor atribuído ao α de Cronbach, visto que demonstra bons valores de correlação, e mesmo os mais baixos permitiram uma compreensão regular da associação entre as questões. De um modo geral, as correlações foram satisfatórias.

Figura 7 -Mapa Térmico de Correlações do Domínio I – Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados quanto à clareza e à compreensão. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.



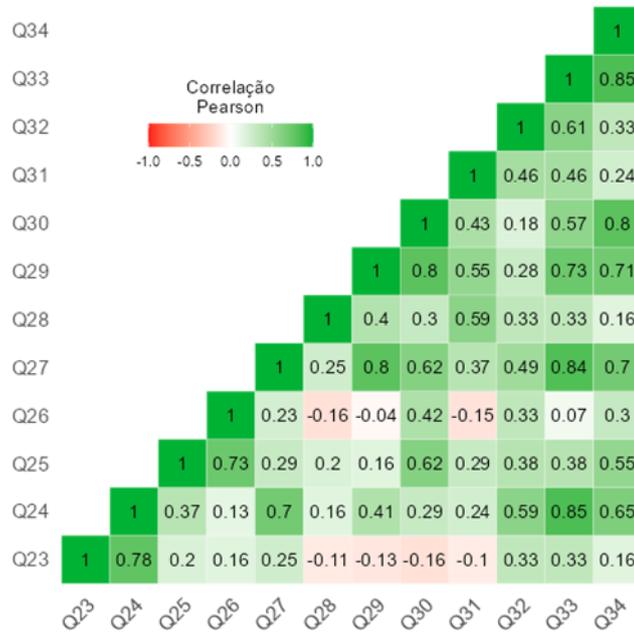
Fonte: A autora.

Figura 8 -Mapa Térmico de Correlações do Domínio II - Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento quanto à clareza e à compreensão. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.



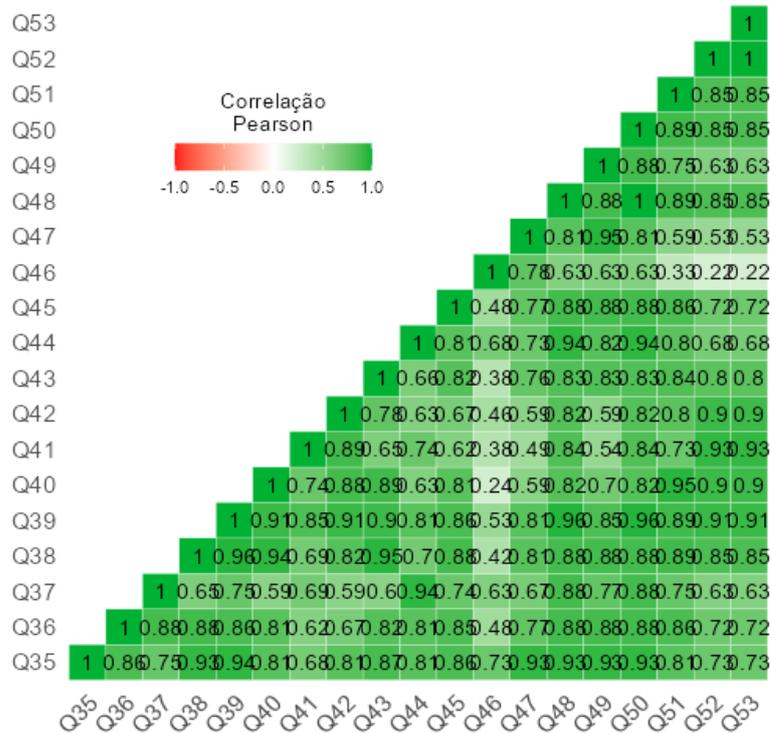
Fonte:A autora.

Figura 9 -Mapa Térmico de Correlações do Domínio III – Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos quanto à clareza e à compreensão. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.



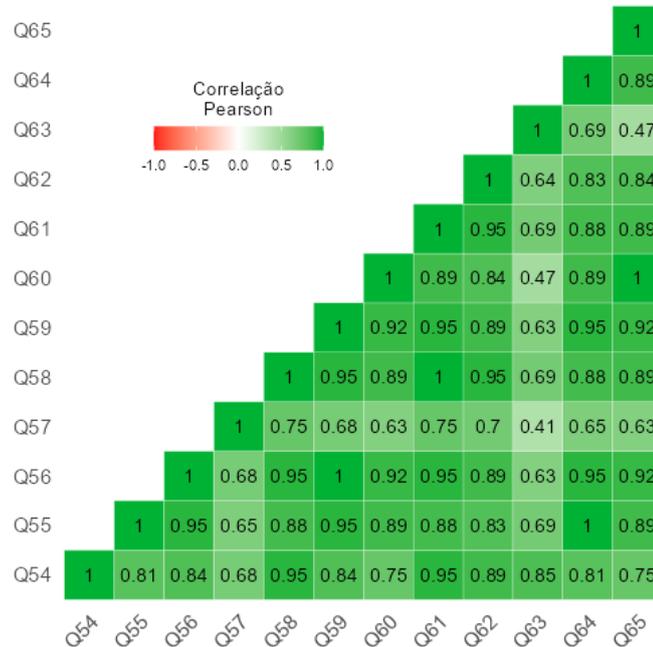
Fonte: A autora.

Figura 10 -Mapa Térmico de Correlações do Domínio IV – Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado quanto à clareza e à compreensão. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.



Fonte: A autora.

Figura 11 -Mapa Térmico de Correlações do Domínio V – Apoio e suporte familiar para o cuidado quanto à clareza e à compreensão. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.



Fonte: Aautora.

6.3 RECOMENDAÇÕES DOS JUÍZES PARA A REFORMULAÇÃO DO CONTEÚDO DO GUIA AVALIATIVO QUALIPREMATURO

Por considerar que as análises estatísticas mostraram resultados satisfatórios em relação ao conteúdo do guia avaliativo quanto à clareza e à compreensão, não foram necessárias a realização de novas rodadas de avaliação entre os juízes com a função de enfermeiros da APS. Mesmo assim, as recomendações feitas por eles foram inseridas no texto para melhor a valorização e a clareza do guia. As alterações estão descritas nos Quadros 1, 2, 3, 4 e 5. Os juízes da primeira etapa recomendaram com maior ênfase nos cinco domínios, enquanto os da segunda enfatizaram poucas reformulações.

Quadro 1 - Distribuição das questões do Domínio I - Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados segundo a primeira versão do guia avaliativo e recomendações dos juízes da primeira e segunda etapas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

Primeira versão	Recomendações –Primeira Etapa	Recomendações –Segunda Etapa
-----------------	-------------------------------	------------------------------

<p>1) Os profissionais de saúde desta unidade são comunicados sobre a alta hospitalar da criança prematura: (1) Não são comunicados; (2) Apenas são comunicados após a alta acontecer; (3) Às vezes são comunicados antes da alta acontecer; (4) Sempre são comunicados antes da alta acontecer.</p>	<p>1) Os profissionais de saúde da APS (Atenção Primária à Saúde) desta unidade são comunicados pelos profissionais (médicos ou enfermeiros) do hospital sobre a alta da criança prematura: (1) Não são comunicados; (2) São comunicados no momento da alta apenas; (3) Às vezes são comunicados quando a alta é planejada e às vezes no momento da alta; (4) Sempre são comunicados quando a alta hospitalar é planejada.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>2) Qual a forma de comunicação sobre a alta hospitalar da criança prematura? (1) Nenhuma comunicação; (2) Informal, por amigos, familiares, vizinhos e outros; (3) Comunicação por mensagem de texto ou por telefone; (4) Existe o protocolo de planejamento da alta hospitalar, onde a comunicação está prevista.</p>	<p>2) Qual a forma de comunicação entre hospital e serviço de APS sobre a alta hospitalar da criança prematura? (1) Não há comunicação da alta hospitalar; (2) Comunicação é realizada de maneira informal, por amigos, familiares, vizinhos e outros; (3) Comunicação formal, por mensagem de texto, <i>e-mail</i> ou telefone, realizada por profissionais do hospital; (4) Comunicação por escrito realizada por profissionais do hospital, seguindo o protocolo de contrarreferência previsto no planejamento da alta hospitalar.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>3) Os profissionais de saúde desta unidade participam do planejamento da alta da criança prematura? (1) Não participam; (2) Não participam, mas são comunicados; (3) Às vezes participam; (4) Sempre participam.</p>	<p>3) Os profissionais de saúde desta unidade (equipe médica e/ou de enfermagem) participam do planejamento da alta da criança prematura para a organização dos cuidados oferecidos pelos serviços de APS? (1) Não participam; (2) Não participam, mas são comunicados previamente antes da alta hospitalar; (3) Às vezes participam do planejamento da alta hospitalar e às vezes apenas são comunicados; (4) Sempre participam.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>4) Os profissionais participam da elaboração do plano de cuidados do prematuro para o domicílio? (1) Não sabe se é realizado; (2) É elaborado o plano de cuidados, sem sua participação; (3) Às vezes</p>	<p>4) Os profissionais (equipe médica ou de enfermagem) da unidade de APS participam da elaboração do plano de cuidados da criança prematura para o domicílio? (1) Não sabe se o plano</p>	<p>Não houve recomendações.</p>

<p>participam; (4) Sempre participam ativamente do plano de cuidados.</p>	<p>de cuidados é elaborado; (2) O plano de cuidados é elaborado por profissionais do hospital, sem a participação da APS; (3) Às vezes os profissionais da APS participam da elaboração do plano de cuidados; (4) Os profissionais de saúde da APS sempre participam da elaboração do plano de cuidados.</p>	
<p>5) Na elaboração do plano de cuidados para o domicílio, é levado em consideração o ambiente em que a criança vive em família e em comunidade? (1) Não é elaborado; (2) Plano de cuidados elaborado apenas pela equipe hospitalar; (3) Não consideram o ambiente familiar e comunitário;(4) Todos os aspectos são considerados.</p>	<p>5) Na elaboração do plano de cuidados para o domicílio, é avaliado o ambiente familiar e social em que a criança prematura estará inserida? (1) Não sabe se o plano de cuidados é elaborado; (2) O plano de cuidados é elaborado apenas pelos profissionais do hospital, então não sabe se o ambiente é avaliado; (3) Não são considerados no plano de cuidados o ambiente familiar e social;(4) Todos os aspectos domiciliares e sociais/comunitários são avaliados.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>6) Na elaboração do plano de cuidados domiciliar para o prematuro: (1) Não tem plano de cuidados; (2) Tem plano de cuidados, mas não participam da elaboração; (3) Fornecem informações, mas não participam;(4) Há trocas de informações entre as equipes do hospital e da atenção primária.</p>	<p>Questão suprimida.</p>	<p>Questão suprimida.</p>
<p>7) É trabalhado o histórico da hospitalização da criança prematura? (1) Não há informações sobre histórico de hospitalização; (2) Há um encaminhamento para o serviço sem detalhes; (3) Encaminhamento por escrito como histórico; (4) Há prontuário eletrônico compartilhado entre os serviços.</p>	<p>7) No plano de cuidados para a alta é levado em consideração o histórico de hospitalização da criança prematura? (1) Não é elaborado o plano de cuidados; (2) Não há informações sobre histórico de hospitalização; (3) Encaminhamento realizado por escrito ou por telefone com o histórico; (4) Há prontuário eletrônico compartilhado entre os serviços.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>8) Antes da alta hospitalar, os cuidadores são orientados sobre necessidades da criança prematura</p>	<p>8) Antes da alta hospitalar, o cuidador principal é orientado e treinado pelos profissionais de</p>	<p>Não houve recomendações</p>

<p>em domicílio? (1) Não sabe responder; (2) Não são orientados e não praticam os cuidados; (3) Recebem treinamento um pouco antes da alta; (4) O cuidador foi inserido nos cuidados durante a hospitalização.</p>	<p>enfermagem do hospital para os cuidados e necessidades da criança prematura em domicílio? (1) Não sei informar; (2) Não é orientado e não treina os cuidados; (3) Recebe orientação e treinamento um pouco antes da alta; (4) O cuidador principal é inserido nos cuidados e treinados durante a hospitalização.</p>	
<p>9) Antes da alta, os cuidadores são orientados sobre atendimentos ambulatoriais da criança prematura? (1) Não sabe responder; (2) Cuidador tem dúvidas sobre os atendimentos após alta; (3) Cuidador tem dúvidas, orientações fornecidas apenas no dia da alta; (4) Cuidador mostra segurança pelas orientações oportunas no hospital.</p>	<p>9) Antes da alta, o cuidador principal é orientado pelos profissionais do hospital sobre os atendimentos ambulatoriais da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) O cuidador principal não foi orientado sobre o atendimento ambulatorial; (3) O cuidador principal foi orientado apenas no dia da alta; (4) O cuidador principal recebeu orientações ao longo da internação.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>10) Antes da alta hospitalar, as condições emocionais do cuidador principal foram observadas e avaliadas? (1) Não sabe informar;(2) São observadas pela equipe hospitalar e não compartilhadas; (3) São observadas/avaliadas pelo hospital ou rede básica; (4) São observadas, avaliadas e compartilhadas entre equipes hospitalar e da rede básica.</p>	<p>10) Antes da alta hospitalar, as condições emocionais do cuidador principal foram observadas e avaliadas pelos profissionais? (1) Não sei informar; (2) Não são observadas ou avaliadas pelos profissionais do hospital ou da APS; (3) São observadas e avaliadas pela equipe do hospital ou da APS, de forma separada; (4) São observadas, avaliadas e compartilhadas entre equipes hospitalar e da APS.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>11) A criança prematura recebe alta com a consulta agendada na unidade de saúde próxima à sua casa? (1) Não há agendamento e cuidador precisa procurar a unidade; (2) Cuidador recebe encaminhamento para agendar; (3) Alta com a consulta de enfermagem agendada; (4) Alta com consulta médica e de enfermagem agendadas.</p>	<p>11) A criança prematura recebe alta hospitalar com a consulta de seguimento agendada na UBS/USF próxima à sua casa? (1) Não há agendamento prévio e o cuidador principal precisa procurar a UBS/USF; (2) O cuidador principal recebe encaminhamento do retorno impresso para agendar; (3) Na alta hospitalar, a consulta de enfermagem na UBS/USF já é agendada; (4) Na alta hospitalar, a consulta médica e de enfermagem na UBS/USF já são agendadas.</p>	<p>11) A criança prematura recebe alta hospitalar com a consulta de seguimento agendada na UBS/USF próxima à sua casa? (1) Não há agendamento prévio e o cuidador principal precisa procurar a UBS/USF; (2) O cuidador principal recebe encaminhamento do retorno impresso para agendar, ou, a UBS é informada e fica responsável por realizar o agendamento e comunicar o cuidador principal; (3) Na alta</p>

		hospitalar, a consulta de enfermagem na UBS/USF já é agendada; (4) Na alta hospitalar, a consulta médica e de enfermagem na UBS/USF já são agendadas.
--	--	---

Fonte: A autora.

Quadro 2 - Distribuição das questões do Domínio II – Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento segundo a primeira versão do guia avaliativo e recomendações dos juízes da primeira e segunda etapas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

Primeira versão	Recomendações – Primeira Etapa	Recomendações – Segunda Etapa
12) São realizadas Visitas domiciliares à criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Para algumas crianças prematuras com longos períodos de hospitalização; (3) Para as crianças prematuras com necessidades de atenção especial de saúde; (4) Para todas as crianças prematuras.	12) São realizadas Visitas Domiciliares à criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Para algumas crianças prematuras com longos períodos de hospitalização; (3) Para as crianças prematuras com necessidades de atenção especial de saúde; (4) Para todas as crianças prematuras.	Não houve recomendações.
13) Quais profissionais realizam Visitas Domiciliares para a criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Somente o Agente Comunitário de Saúde; (3) Agente Comunitário de Saúde e o(a) enfermeiro(a); (4) Equipe multidisciplinar.	13) Quais profissionais realizam Visitas Domiciliares para a criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Somente o Agente Comunitário de Saúde; (3) Agente Comunitário de Saúde e o(a) enfermeiro(a); (4) Equipe multiprofissional (enfermeiros/técnicos de enfermagem/médicos/Agentes Comunitário de Saúde/dentre outros).	13) Quais profissionais realizam Visitas Domiciliares para a criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Somente o Agente Comunitário de Saúde; (3) Agente Comunitário de Saúde e o(a) enfermeiro(a); (4) Equipe multiprofissional (enfermeiros/técnicos de enfermagem/médicos/Agentes Comunitário de Saúde/dentre outros), com a participação de pelo menos dois profissionais.
14) Quando a criança prematura chega em casa, quantos dias leva para a primeira Visita Domiciliar? (1) Não são realizadas; (2) Primeiro mês; (3) Aproximadamente 15 dias; (4) Na primeira semana após a alta.	14) Quando a criança prematura chega em casa, quanto tempo leva para a primeira Visita Domiciliar? (1) Não são realizadas; (2) Primeiro mês após alta; (3) Aproximadamente 15 dias após alta; (4) Na primeira semana após a alta.	Não houve recomendações.
15) Qual o intervalo estabelecido	15) Qual o intervalo de tempo	Não houve recomendações.

<p>entre as Visitas Domiciliares para a criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Realizada quando há falta na puericultura e vacinação; (3) Intervalo de um mês; (4) Visitas quinzenais até completar 40 semanas e mensal até completar um ano de idade.</p>	<p>estabelecido entre as Visitas Domiciliares para a criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Realizada quando há falta na puericultura e vacinação; (3) Intervalo de um mês; (4) Visitas quinzenais até completar 40 semanas de idade corrigida e mensal até completar um ano de idade.</p>	
<p>16) Visitas Domiciliares são embasadas em protocolos previamente estabelecidos? (1) Não são realizadas; (2) Não há definição de ações e ou com base em protocolos; (3) Ações apenas definidas no dia de sua realização; (4) Há protocolos para a visita domiciliar.</p>	<p>16) As ações realizadas nas Visitas Domiciliares são embasadas em protocolos previamente estabelecidos? (1) Não são realizadas as Visitas Domiciliares; (2) Não há definição de ações com base em protocolos; (3) Ações apenas definidas no dia de sua realização; (4) Há protocolos para nortear as ações nas Visitas Domiciliares.</p>	<p>Não houve recomendações</p>
<p>17) Há treinamentos e ou capacitação da equipe para as Visitas Domiciliares? (1) Não são realizadas; (2) Nunca houve capacitação profissional; (3) São repassadas orientações pontuais; (4) Há capacitação para equipe multiprofissional.</p>	<p>17) Há treinamentos e/ou capacitação da equipe para as Visitas Domiciliares direcionadas para o cuidado da criança prematura? (1) Não são realizadas Visitas Domiciliares; (2) Não há treinamentos ou capacitações; (3) São repassadas informações pontuais para os profissionais; (4) Há capacitações e treinamentos para a equipe multiprofissional.</p>	<p>17) Há treinamentos e/ou capacitação da equipe para as Visitas Domiciliares direcionadas para o cuidado da criança prematura? (1) Não são realizadas Visitas Domiciliares; (2) Não são realizados treinamentos ou capacitações; (3) São repassadas informações pontuais para os profissionais; (4) Há capacitações e treinamentos para a equipe multiprofissional.</p>
<p>18) É disponibilizado à família de crianças prematuras o teleatendimento? (1) Não disponibilizado; (2) Com a recepção para agendar consultas; (3) Disponibilizado em horários determinados pelo serviço de saúde; (4) Disponibilizado quando a família necessita e/ou a equipe analisa situação necessária dele.</p>	<p>18) É disponibilizado ao cuidador principal ou à família de crianças prematuras o teleatendimento? (1) Não disponibilizado; (2) Apenas com a recepção para o agendamento de consultas; (3) Disponibilizado em horários determinados pelo serviço de saúde; (4) Disponibilizado quando a família necessita e/ou a equipe analisa situação necessária da criança prematura.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>19) Sobre o teleatendimento, quais</p>	<p>19) Sobre o teleatendimento,</p>	<p>19) Sobre o teleatendimento,</p>

<p>profissionais estão disponíveis para atender a família da criança prematura? (1) Não disponibilizado; (2) Apenas o(a) recepcionista; (3) Apenas o(a) enfermeiro(a); (4) Equipe multidisciplinar.</p>	<p>quais profissionais estão disponíveis para atender o cuidador principal e/ou a família da criança prematura? (1) Não disponibilizado; (2) Apenas o(a) recepcionista; (3) Apenas o(a) Agente Comunitário de Saúde; (4) Equipe multiprofissional (Agente comunitário, enfermeiro, médico, etc).</p>	<p>quais profissionais estão disponíveis para atender o cuidador principal e/ou a família da criança prematura? (1) Não disponibilizado; (2) Apenas o(a) recepcionista; (3) Apenas o(a) Agente Comunitário de Saúde; (4) Equipe multiprofissional (Agente Comunitário de Saúde, enfermeiro, médico, etc.), com pelo menos dois profissionais.</p>
<p>20) Há treinamentos e ou capacitação da equipe profissional para o teleatendimento? (1) Não é realizado; (2) Nunca houve capacitação profissional; (3) São repassadas orientações pontuais; (4) Há capacitação para equipe multiprofissional.</p>	<p>20) Há treinamentos e ou capacitação da equipe profissional para o teleatendimento direcionado para o cuidado da criança prematura? (1) Não é realizado teleatendimento; (2) Nunca houve capacitação profissional; (3) São repassadas orientações pontuais; (4) Há capacitação para equipe multiprofissional.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>21) Nas Visitas Domiciliares ou nos teleatendimentos, qual o foco das ações contempladas? (1) Não realizados; (2) O cuidado da criança prematura; (3) O cuidado da criança prematura e de sua família; (4) O cuidado da criança prematura, da família e do ambiente/contexto em que estão inseridos.</p>	<p>21) Nas Visitas Domiciliares ou nos teleatendimentos, qual o foco das ações contempladas? (1) Não realizados; (2) O cuidado da criança prematura; (3) O cuidado da criança prematura e de sua família; (4) O cuidado da criança prematura, da família e do ambiente/contexto em que estão inseridos, bem como as demandas apresentadas pela família.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>22) Após a visita domiciliar e ou teleatendimento, como as ações em saúde são definidas? (1) Não são realizados; (2) Ações individuais entre família e profissional; (3) Há pouco compartilhamento das ações; (4) Ações são compartilhadas/discutidas com a equipe multidisciplinar para direcionar o cuidado.</p>	<p>22) Após a Visita Domiciliar e ou teleatendimento, como as ações em saúde são definidas? (1) Não realizadas ou não definidas; (2) Ações definidas entre família e profissional responsável pela visita ou teleatendimento; (3) Ações definidas pela família e profissional responsável pela visita, mas raramente acontece compartilhamento das ações; (4) Ações são compartilhadas/discutidas com a equipe multidisciplinar para</p>	<p>Não houve recomendações.</p>

	direcionar o cuidado.	
--	-----------------------	--

Fonte: A autora.

Quadro 3 - Distribuição das questões do Domínio III - Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravossegundo a primeira versão do guia avaliativo e recomendações dos juízes da primeira e segunda etapas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

Domínio III primeira versão	Recomendações –Primeira Etapa	Recomendações –Segunda Etapa
23) Quando ocorre o primeiro atendimento de puericultura da criança prematura? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Um mês após a alta e ou nascimento - caso não hospitalizada; (3) Em 15 dias após chegar em casa; (4) Na primeira semana após chegar em casa.	23) Quando ocorre o primeiro atendimento de puericultura da criança prematura na UBS/USF? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Na unidade de saúde em até um mês após a alta e ou nascimento - caso não hospitalizada; (3) Em até 15 dias após alta; (4) Na primeira semana após chegar em casa.	23) Quando ocorre o primeiro atendimento de puericultura da criança prematura na UBS/USF? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Na unidade de saúde em até um mês após a alta e ou nascimento - caso não hospitalizada; (3) Em até 15 dias após alta; (4) Na primeira semana após chegar em casa, independentemente se ficou ou não hospitalizada.
24) Como é realizado o agendamento da puericultura do prematuro? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Precisa ligar ou ir na unidade de saúde; (3) Precisa ligar ou ir na unidade de saúde, considerada prioritária; (4) A criança já sai do hospital com a consulta de puericultura agendada.	24) Como é realizado o agendamento da primeira consulta de puericultura da criança prematura? (1) Puericultura apenas no serviço especializado, então não sei informar; (2) O cuidador principal ou a família precisa ligar ou ir à unidade de saúde; (3) O cuidador principal ou a família precisa ligar ou ir na unidade de saúde, considerada prioritária; (4) A criança já sai do hospital com a consulta de puericultura agendada.	24) Como é realizado o agendamento da primeira consulta de puericultura da criança prematura? (1) Puericultura apenas no serviço especializado, então não sei informar; (2) O cuidador principal ou a família precisa ligar ou ir à unidade de saúde; (3) O cuidador principal ou a família precisa ligar ou ir na unidade de saúde, sendo que, a consulta da criança prematura é considerada prioritária; (4) A criança já sai do hospital com a consulta de puericultura agendada.
25) A consulta de puericultura da criança prematura será com quais profissionais? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Com o(a) enfermeiro(a); (3) Com o	25) A consulta de puericultura da criança prematura é realizada com quais profissionais? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Com o(a)	Não houve recomendações.

médico pediatra/clínico geral; (4) As consultas são intercaladas com a equipe multidisciplinar.	médico(a); (3) Com o(a) enfermeiro(a); (4) As consultas são intercaladas com a equipe multiprofissional.	
26) Qual o intervalo preconizado das consultas de puericultura? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Mensal e em condições vulneráveis quinzenal; (3) Semanal até completar 40 semanas, depois mensais no primeiro ano; (4) Semanal até completar 40 semanas, mensais no primeiro ano e em situações vulneráveis intervalo é reduzido.	26) Qual o intervalo preconizado das consultas de puericultura nos serviços especializados e na APS? (1) Puericultura apenas no serviço especializado, então não sei informar; (2) Mensal e em condições vulneráveis quinzenal; (3) Semanal até completar 40 semanas de idade corrigida, depois mensais até o primeiro ano; (4) Semanal até completar 40 semanas de idade corrigida, mensais no primeiro ano e em situações vulneráveis intervalo é reduzido.	Não houve recomendações
27) Até quando a puericultura da criança prematura é realizada? (1) Até completar um ano de vida no serviço especializado; (2) Até completar dois anos de vida; (3) Até completar seis anos de vida; (4) Até o início da puberdade/adolescência.	27) Até quando a puericultura da criança prematura é realizada? (1) Até completar um ano de vida no serviço especializado; (2) Até completar dois anos de vida nos serviços especializados e na APS; (3) Até completar seis anos de vida nos serviços especializados e na APS; (4) Até o início da puberdade/adolescência nos serviços especializados e na APS.	27) Até quando a puericultura da criança prematura é realizada? (1) Até completar um ano de vida no serviço especializado ou na APS; (2) Até completar dois anos de vida nos serviços especializados e na APS; (3) Até completar seis anos de vida nos serviços especializados e na APS; (4) Até o início da puberdade/adolescência nos serviços especializados e na APS.
28) O que é realizado para o seguimento do crescimento (peso, estatura e perímetro cefálico) do prematuro? (1) Não verificados: peso, estatura e perímetro cefálico; (2) Realizados controles, sem utilizar gráficos de crescimento (3) Realizados controles com gráficos gerais; (4) Realizados controles e utilizados os gráficos para prematuros.	28) Como é realizada a consulta de seguimento do crescimento da criança prematura pelo profissional da APS (peso, estatura e perímetro cefálico)? (1) Não sei informar, consulta apenas no serviço especializado; (2) Realizados controles por meio de relatórios, sem utilizar gráficos de crescimento (3) Realizados controles com gráficos de crescimento gerais; (4) Realizados controles e utilizados os gráficos para a criança prematura.	Não houve recomendações.
29) Em que a puericultura do	29) Quais as diretrizes/protocolos	Não houve recomendações.

<p>prematuro está embasada? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Na experiência profissional, não há protocolos; (3) Há protocolos gerais disponíveis; (4) Há protocolos específicos para prematuros, disponíveis e adaptados conforme cada realidade.</p>	<p>para realização da puericultura da criança prematura?? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Na experiência profissional, não há protocolos; (3) Há protocolos gerais disponíveis; (4) Há protocolos específicos para crianças prematuras, disponíveis e adaptados conforme cada realidade.</p>	
<p>30) Há treinamentos e ou capacitação dos profissionais para a puericultura do prematuro? (1) Não foram realizados; (2) Realizadas capacitações para puericultura de forma geral; (3) Realizadas orientações gerais sobre as especificidades do prematuro; (4) Realizadas capacitações para a puericultura do prematuro.</p>	<p>30) Há treinamentos e ou capacitação dos profissionais para a puericultura da criança prematura? (1) Não há treinamentos e/ou capacitações; (2) Realizadas capacitações para puericultura de forma geral; (3) Realizadas orientações gerais sobre as especificidades da criança prematura; (4) Realizadas capacitações para a puericultura da criança prematura.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>31) É realizada a estratificação de risco da criança que nasceu prematura? (1) Nunca é feita; (2) Toda prematuro é estratificado de alto risco; (3) Entre os prematuros são estratificadas as crianças de risco individual; (4) Entre os prematuros são estratificadas as crianças com risco individual, familiar e social.</p>	<p>31) É realizada a estratificação de risco da criança que nasceu prematura? (1) Nunca é realizada; (2) Toda criança prematura é estratificada de alto risco; (3) Entre as crianças prematuras, são estratificadas 'aquelas' de risco individual; (4) Entre as crianças prematuras, são estratificadas 'aquelas' com risco individual, familiar e social.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>32) O que é realizado na puericultura para o seguimento do crescimento e desenvolvimento do prematuro? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Avaliação do crescimento e desenvolvimento com base no exame clínico e imunização conforme o Programa Nacional de Imunização; (3) Avaliação do crescimento e desenvolvimento baseada no exame clínico e esquema vacinal diferencial; (4) Avaliação do crescimento e desenvolvimento com base no exame clínico, ferramentas de triagens para identificar risco, e esquema vacinal diferencial para o prematuro.</p>	<p>32) O que é realizado na puericultura para o seguimento do crescimento e desenvolvimento da criança prematura? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Avaliação do crescimento e desenvolvimento com base no exame clínico e imunização conforme o Programa Nacional de Imunização; (3) Avaliação do crescimento e desenvolvimento com base no exame clínico e esquema vacinal diferencial; (4) Avaliação do crescimento e desenvolvimento com base no exame clínico, ferramentas de triagens para identificar risco e esquema vacinal</p>	<p>Não houve recomendações.</p>

	diferencial para a criança prematura.	
33) O que incluem os acompanhamentos de saúde do prematuro pela equipe interdisciplinar? (1) Não são realizados acompanhamentos especializados, apenas quando há problema de saúde; (2) São disponibilizados os acompanhamentos com os profissionais da unidade de saúde e os demais profissionais quando a criança apresenta problema de saúde; (3) São disponibilizadas avaliações de profissionais especializados (inseridas na fila de espera), da área: fonoaudiologia, oftalmologia, neurologia e cardiologia; (4) São disponibilizados avaliações ainda no primeiro ano por profissionais especializados, da área: fonoaudiologia, oftalmologia, neurologia e cardiologia.	33) Quais as especialidades são inseridas no acompanhamento de saúde da criança prematura pela equipe multidisciplinar? (1) Não são realizados acompanhamentos especializados; (2) São disponibilizados os acompanhamentos com os profissionais da APS e os demais profissionais quando a criança apresenta problema de saúde; (3) São disponibilizadas avaliações de profissionais especializados (inseridas na fila de espera podendo acontecer em tempo superior a um ano), da área: fonoaudiologia, oftalmologia, neurologia e cardiologia; (4) São disponibilizadas avaliações ainda no primeiro ano por profissionais especializados, da área: fonoaudiologia, oftalmologia, neurologia e cardiologia.	Não houve recomendações.
34) A família reconhece os sinais de alerta de agravos à saúde da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não reconhecem os sinais de alerta; (3) Reconhecem parcialmente sinais de alerta;(4) Famílias orientadas a reconhecer sinais de alerta.	34) O cuidador principal e a família reconhecem os sinais de alerta de agravos à saúde da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não reconhecem os sinais de alerta; (3) Reconhecem parcialmente sinais de alerta; (4) Famílias orientadas e reconhecem sinais de alerta.	Não houve recomendações.

Fonte: A autora.

Quadro 4 - Distribuição das questões do Domínio IV – Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado segundo a primeira versão do guia avaliativo e recomendações dos juízes da primeira e segunda etapas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

Primeira versão	Recomendações –Primeira Etapa	Recomendações –Segunda Etapa
35) Como é o sistema de referência para a atenção da criança prematura? (1) Não há referência; (2) Sistema de referência lento, com longas filas de espera; (3) Sistema de referência prioriza o atendimento do	35) Como é o sistema de referência para a atenção à saúde da criança prematura? (1) Não há referência; (2) Sistema de referência lento, com longas filas de espera, pois não prioriza o atendimento a	Não houve recomendações.

<p>premature; (4) Sistema de referência ágil e troca informações entre as esferas de atenção à saúde.</p>	<p>criança prematura; (3) Sistema de referência lento, com longas filas de espera, embora priorize o atendimento da criança prematura; (4) Sistema de referência ágil e troca informações entre as esferas de atenção à saúde, prioriza o atendimento a criança prematura.</p>	
<p>36) Como é a contrarreferência para a atenção da criança prematura? (1) Não existe; (2) Existe, mas insipiente e dependente da atitude de cada profissional; (3) Existe, mas burocratizado, com pouca devolutiva para a rede básica; (4) É integrado e com trocas de informações entre as esferas de atenção.</p>	<p>36) Como é a contrarreferência para a atenção à saúde da criança prematura? (1) Não existe; (2) Existe, mas incipiente e dependente da atitude de cada profissional; (3) Existe, mas burocratizado, com pouca devolutiva para a rede de APS; (4) É integrado e com trocas de informações entre as esferas de atenção.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>37) É trabalhado o histórico de saúde e doença da criança prematura? (1) O cuidador precisa contar o histórico à cada novo profissional; (2) Há descrição do problema e demandas no encaminhamento; (3) Elaborado um relatório detalhado por escrito; (4) Há prontuário eletrônico integrado na rede.</p>	<p>37) É trabalhado o histórico de saúde e doença da criança prematura? (1) O cuidador principal precisa contar o histórico a cada novo profissional que atende a criança prematura; (2) Há descrição do problema e demandas no encaminhamento; (3) Elaborado um relatório detalhado por escrito de forma sucinta; (4) Há prontuário eletrônico integrado na rede.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>38) Há integração entre unidade de saúde e instituição educacional que a criança prematura frequenta? (1) Não há; (2) Somente quando ocorre algum problema com a criança na escola; (3) Conhecem a escola das crianças com alterações físicas e comportamentais; (4) Há integração com a escola com informações atualizadas no prontuário.</p>	<p>38) Há integração entre unidade de saúde e instituição educacional que a criança prematura frequenta? (1) Os profissionais da APS não conhecem a escola; (2) Os profissionais conhecem a escola, mas não há integração entre unidade de saúde e escola; (3) Os profissionais da APS conhecem a escola, mas a integração ocorre somente quando existe algum problema; (4) Há integração com a escola com informações atualizadas no prontuário.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>39) Há estratégias de acompanhamento da criança prematura entre os serviços de saúde e educação? (1) Não há; (2)</p>	<p>39) Há estratégias de acompanhamento da criança prematura entre os serviços de saúde e educação? (1) Não há; (2)</p>	<p>Não houve recomendações.</p>

<p>Para crianças com diagnóstico de atraso no desenvolvimento; (3) Quando é detectado atraso no desenvolvimento; (4) Há integração e elaboradas estratégias conjuntas para estimular o desenvolvimento do prematuro.</p>	<p>Sim, para crianças com diagnóstico de atraso no desenvolvimento; (3) Sim, quando há suspeita de atraso no desenvolvimento; (4) Sim, há integração e são elaboradas estratégias conjuntas para estimular o desenvolvimento da criança prematura.</p>	
<p>40) Há reuniões para discutir casos e instrumentalizar os profissionais da educação sobre a criança prematura? (1) Não há; (2) Há troca de informações em situações de urgência; (3) Há troca de informações sobre alterações físicas e comportamentais; (4) São compartilhadas informações e realizados treinamentos para os profissionais da educação.</p>	<p>40) Há reuniões para discutir casos e instrumentalizar os profissionais da educação sobre a criança prematura? (1) Não há; (2) Há troca de informações em situações de urgência; (3) Há troca de informações sobre alterações físicas e comportamentais; (4) São compartilhadas informações e realizados treinamentos para os profissionais da educação.</p>	<p>40) Há reuniões para discutir casos e instrumentalizar os profissionais da educação sobre a criança prematura? (1) Não há; (2) Há troca de informações em situações de urgência/especiais; (3) Há troca de informações sobre alterações físicas e comportamentais; (4) São compartilhadas informações e realizados treinamentos para os profissionais da educação.</p>
<p>41) Em situação aguda, a família sabe qual serviço procurar? (1) Não sei informar; (2) Não sabe qual serviço procurar; (3) Buscam a Unidade de Pronto Atendimento; (4) As famílias sabem quais serviços de saúde estão disponíveis para o atendimento da criança prematura.</p>	<p>41) Em situação aguda, o cuidador principal ou famílias das crianças prematuras sabem qual serviço procurar? (1) Não sei informar; (2) Não sabem qual serviço procurar; (3) Buscam a Unidade de Pronto Atendimento; (4) As famílias sabem quais serviços de saúde estão disponíveis para o atendimento da criança prematura.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>42) Se a família precisar de atendimento psicológico, existe o serviço disponível e as famílias o conhecem? (1) Não sei informar; (2) Não há serviço de psicologia disponível; (3) Tem o serviço de psicologia, mas as famílias não o procuram; (4) Serviço de psicologia está disponível e as famílias o conhecem.</p>	<p>42) Se o cuidador principal ou família da criança prematura precisar(em) de atendimento psicológico, existe o serviço disponível? (1) Não sei informar; (2) Não há serviço de psicologia disponível; (3) Tem o serviço de psicologia disponível, mas as famílias não o procuram; (4) Serviço de psicologia está disponível e as famílias o procuram.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>43) É realizada a estratificação da criança prematura de risco para complicações tardias? (1) Não é realizada; (2) Tratamento e</p>	<p>43) É realizada a estratificação da criança prematura de risco para complicações tardias? (1) Não é realizada; (2) Tratamento e</p>	<p>Não houve recomendações.</p>

acompanhamento é direcionado somente com diagnóstico de complicações; (3) Estratificação de risco é feita e há longas filas de espera para o atendimento especializado; (4) Estratificação de risco é feita e há encaminhamentos adequados para os atendimentos necessários, em tempo oportuno.	acompanhamento é direcionado somente com diagnóstico de complicações; (3) Estratificação de risco é feita e há longas filas de espera para o atendimento especializado; (4) Estratificação de risco é feita e há encaminhamentos adequados para os atendimentos necessários.	
44) Há protocolos para avaliação oftalmológica da criança prematura? (1) Não é realizada; (2) Todos os prematuros são inseridos na fila de espera para avaliação oftalmológica; (3) Encaminhamento na primeira consulta de puericultura (peso $\leq 2000g$ e ou idade gestacional < 32 semanas); (4) Na alta hospitalar tem agendada avaliação oftalmológica (peso ao nascer $\leq 2000g$ e ou idade gestacional < 32 semanas).	44) Há protocolos para avaliação oftalmológica da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não há protocolos de avaliação; (3) Encaminhamento pelas consultas de puericultura (peso $\leq 2000g$ e ou idade gestacional ≤ 36 semanas); (4) Na alta hospitalar já é agendada avaliação oftalmológica (peso ao nascer $\leq 2000g$ e ou idade gestacional ≤ 36 semanas).	Não houve recomendações.
45) Como é o andamento da avaliação oftalmológica das crianças com peso ao nascer $\leq 2000g$ e ou idade gestacional < 32 semanas? (1) Apenas com diagnóstico de alterações visuais; (2) Fila de espera, mínimo um ano de espera; (3) Fila de espera, geralmente nos primeiros meses da criança; (4) Cerca de 15 dias após a alta ocorre a avaliação (triagem – estrabismo, nistagmo e erros de refração).	45) Como é realizado o agendamento da avaliação oftalmológica das crianças prematuras com peso ao nascer inferior a 2000g e/ou idade gestacional ≤ 36 semanas? (1) Não sei informar; (2) Apenas com diagnóstico de alterações visuais; (3) Avaliação preventiva, mas com fila, podendo chegar a um ano de espera; (4) Avaliação preventiva, cerca de 15 dias após a alta ocorre a avaliação (triagem – estrabismo, nistagmo e erros de refração).	45) Como é realizado o agendamento da avaliação oftalmológica das crianças prematuras com peso ao nascer inferior a 2000g e/ou idade gestacional ≤ 36 semanas? (1) Não sei informar; (2) Apenas com diagnóstico de alterações visuais; (3) Avaliação preventiva, mas com fila de espera que pode demorar; (4) Avaliação preventiva, cerca de 15 dias após a alta ocorre a avaliação (triagem – estrabismo, nistagmo e erros de refração).
46) Há protocolos para avaliação neurológica e/ou cardiológica da criança prematura? (1) Não é realizada; (2) Encaminhamento se houver diagnóstico de alterações neurológicas e/ou cardiológicas; (3) Todo prematuro fica na fila de espera; (4) Realizada ecotransfontanelar e/ou ecocardio na hospitalização da criança e, caso apresente quaisquer alterações, recebe alta com	46) Há protocolos para avaliação neurológica e/ou cardiológica da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não há protocolos para avaliação; (2) Encaminhamento se houver diagnóstico de alterações neurológicas e/ou cardiológicas, mas fica na fila de espera; (4) Realizada ecotransfontanelar e/ou ecocardio na hospitalização da	Não houve recomendações.

encaminhamento para as especialidades.	criança e, caso apresente quaisquer alterações, recebe alta com encaminhamento para as especialidades.	
47) Como é o andamento da avaliação neurológica e/ou cardiológica da criança prematura? (1) Apenas com diagnóstico de alterações; (2) Fila de espera, geralmente, com mais de um ano de espera; (3) Fila de espera, geralmente, em até um ano de espera; (4) É realizada em, aproximadamente, três meses após a alta hospitalar.	47) Como é o andamento da avaliação neurológica e/ou cardiológica da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Apenas com diagnóstico de alterações, aguardando em fila de espera, geralmente mais de um ano; (3) Fila de espera, geralmente, aguarda em até um ano; (4) É realizada em aproximadamente, três meses após a alta hospitalar.	Não houve recomendações.
48) Há protocolos para avaliação comportamental da criança prematura? (1) Não é realizada; (2) Avaliação realizada apenas com base na percepção profissional em atendimentos; (3) Avaliação realizada com base na percepção da equipe multidisciplinar; (4) Avaliação realizada com base na percepção da família, dos profissionais de saúde e da educação.	48) Há protocolos para avaliação comportamental da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não é realizada; (3) Avaliação realizada apenas com base na percepção da família e/ou profissional nos atendimentos na APS; (4) Avaliação realizada com base na percepção da família e da equipe multiprofissional, amparada em protocolos com base em evidências científicas, adequados para avaliação comportamental.	Não houve recomendações.
49) Há avaliação da psicologia infantil para a criança prematura? (1) Não sabe se existe esse atendimento; (2) Não existe esse atendimento; (3) Para crianças com alterações, essas são inseridas na fila de espera; (4) Todas as crianças recebem uma avaliação no primeiro ano para triagem de problemas.	49) Há avaliação da psicologia infantil para a criança prematura? (1) Não sei se existe esse atendimento; (2) Não existe esse atendimento; (3) Crianças com alterações são inseridas na fila de espera; (4) Todas as crianças recebem uma avaliação no primeiro ano para triagem de problemas.	Não houve recomendações.
50) Há protocolos para avaliação psicomotora da criança prematura? (1) Apenas com diagnóstico de alterações; (2) Há fila de espera para ser avaliada por um fisioterapeuta; (3) Avaliação de fisioterapia no primeiro ano e, se alterações, entra na fila de espera para iniciar atendimentos; (4) Avaliação de fisioterapia no primeiro ano de vida e, se alterações, são iniciados os	50) Há protocolos para avaliação psicomotora da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Apenas com diagnóstico de alterações; (3) Avaliação de fisioterapia no primeiro ano e, se alterações, entra na fila de espera para iniciar atendimentos; (4) Avaliação de fisioterapia no primeiro ano de vida e, se alterações, são iniciados os	Não houve recomendações.

atendimentos.	atendimentos.	
51) Como é o andamento para atender a criança prematura em caso de necessitar órtese ou prótese? (1) Não fornecida; (2) Encaminhada ao serviço especializado e o processo é lento; (3) Encaminhada ao serviço especializado e leva menos de três meses; (4) Encaminhada ao serviço especializado e leva menos de 30 dias.	51) Como é o andamento para atender a criança prematura em caso de necessitar órtese ou prótese? (1) Não sei informar; (2) Não é fornecida órtese ou prótese; (3) Há encaminhamento ao serviço especializado sem previsão de tempo para atendimento; (4) Há encaminhamento ao serviço especializado com tempo de espera de menos de 3 meses.	Não houve recomendações.
52) Como é o andamento para a avaliação fonoaudiológica de triagem auditiva da criança prematura? (1) Não sabe se existe essa avaliação; (2) Não existe essa avaliação na rede de atenção à saúde; (3) Há fila de espera e o atendimento é demorado; (4) Há avaliação preventiva no primeiro ano de vida.	52) Como é o andamento para a avaliação fonoaudiológica de triagem auditiva da criança prematura? (1) Não sei se existe essa avaliação; (2) Não existe essa avaliação na rede de atenção à saúde; (3) Há fila de espera sem previsão de data para início do atendimento; (4) Há avaliação preventiva no primeiro ano de vida.	Não houve recomendações.
53) Há integração entre unidade de saúde e instituição de ensino e pesquisa? (1) Não existe integração; (2) Apenas recebem alunos de graduação para estágios em saúde da criança; (3) Recebem alunos de graduação/pós-graduação para estágios e suas pesquisas em saúde da criança; (4) Recebem alunos de graduação/pós-graduação/pesquisadores para estágios, pesquisas e integração de saberes.	53) Há integração entre unidade de saúde e instituição de ensino e pesquisa? (1) Não sei informar; (2) Não há integração; (3) A unidade de saúde recebe alunos de graduação/pós-graduação para estágios e/ou pesquisas em saúde da criança; (4) A unidade de saúde recebe alunos de graduação/pós-graduação/pesquisadores para estágios, pesquisas e integração de saberes (troca de conhecimentos).	Não houve recomendações.

Fonte: A autora.

Quadro 5 - Distribuição das questões do Domínio V – Apoio e suporte familiar para o cuidado segundo a primeira versão do guia avaliativo e recomendações dos juízes da primeira e segunda etapas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

Primeira versão	Recomendações –Primeira Etapa	Recomendações –Segunda Etapa
54) O serviço de saúde oferece suporte à família para o cuidado da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem apoio familiar e o serviço não pode oferecer suporte	54) O serviço de saúde oferece suporte à família para o cuidado da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem apoio familiar e o serviço de saúde não	Não houve recomendações.

<p>para o cuidado; (3) Não tem apoio familiar e o serviço pode oferecer suporte; (4) Há fonte de apoio familiar e suporte do serviço para o cuidado.</p>	<p>pode oferecer suporte para o cuidado; (3) Não tem apoio familiar e o serviço de saúde pode oferecer suporte; (4) Há fonte de apoio familiar e suporte do serviço de saúde para o cuidado.</p>	
<p>55) No bairro domiciliar, há apoio comunitário e suporte à família para o cuidado da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem apoio comunitário e o serviço não pode oferecer suporte para o cuidado; (3) Não tem apoio comunitário e o serviço pode oferecer suporte; (4) Há uma fonte de apoio comunitário e suporte do serviço para o cuidado.</p>	<p>55) No bairro onde a família reside, há apoio comunitário e suporte à família para o cuidado da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem apoio comunitário e o serviço de saúde não pode oferecer suporte para o cuidado; (3) Não tem apoio comunitário e o serviço de saúde pode oferecer suporte; (4) Há uma fonte de apoio comunitário e suporte do serviço de saúde para o cuidado.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>56) Existem profissionais de saúde que podem apoiar à família no cuidado do prematuro? (1) Não sei informar; (2) Não tem; (3) Existem profissionais de saúde que colaboram no cuidado de vez em quando; (4) Há fonte de apoio profissional para o cuidado.</p>	<p>56) Existem profissionais de saúde que podem apoiar à família no cuidado da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem; (3) Existem profissionais de saúde que colaboram no cuidado de vez em quando; (4) Há fonte de apoio profissional regular à família para o cuidado da criança prematura.</p>	<p>56) Existem profissionais de saúde que podem apoiar à família no cuidado da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem; (3) Existem profissionais de saúde que colaboram no cuidado de vez em quando, podendo ser no domicílio ou na própria UBS; (4) Há fonte de apoio profissional regular à família para o cuidado da criança prematura.</p>
<p>57) É de conhecimento do serviço de saúde se a estrutura do domicílio oferece segurança (ambiente salubre) e acomodações adequadas para a criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Somente o Agente Comunitário de Saúde conhece o domicílio; (3) Serviço de saúde conhece a estrutura domiciliar, mas não pode colaborar com melhorias ou adaptações; (4) Serviço de saúde conhece a estrutura domiciliar e colabora com a adaptação do ambiente seguro.</p>	<p>57) Profissionais do serviço de saúde conhecem se a estrutura do domicílio oferece segurança (ambiente salubre) e acomodações adequadas para a criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Somente o Agente Comunitário de Saúde conhece o domicílio; (3) Profissionais do serviço de saúde conhecem a estrutura domiciliar, mas não podem colaborar com melhorias ou adaptações; (4) Profissionais do serviço de saúde conhecem a estrutura domiciliar e colaboram com a adaptação para um ambiente seguro.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>

<p>58) Há na comunidade um contexto acolhedor e capaz de estimular o desenvolvimento da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Comunidade pouco acolhedora e serviço não pode colaborar com isso; (3) Comunidade pouco acolhedora e serviço de saúde tenta buscar parcerias comunitárias; (4) Comunidade é acolhedora e desenvolve estratégias que contribuem para o desenvolvimento infantil.</p>	<p>58) Profissionais do serviço de saúde conhecem na comunidade um contexto acolhedor e capaz de estimular o desenvolvimento da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Comunidade pouco acolhedora e serviço não pode colaborar com isso; (3) Comunidade pouco acolhedora e profissionais do serviço de saúde tentam buscar parcerias comunitárias; (4) Comunidade é acolhedora e desenvolve estratégias que contribuem para o desenvolvimento infantil.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>59) O serviço de saúde e ou comunidade oferece assistência social às famílias da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não oferece; (3) Oferece, mas é difícil conseguir atendimento; (4) Oferece e as família conseguem acessar o serviço em tempo oportuno.</p>	<p>59) O serviço de saúde e ou comunidade oferece assistência social às famílias da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não oferece; (3) Oferece, mas é difícil conseguir atendimento; (4) Oferece e as famílias conseguem acessar o serviço.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>60) Quando as famílias precisam de auxílio para manter condições básicas, há suporte de assistência social? (1) Não sei informar; (2) Não há suporte e apoio de assistência social; (3) Não há condições de oferecer suporte e apoio, mas a comunidade ajuda as famílias; (4) Há suporte e apoio de assistência social às famílias de prematuros.</p>	<p>60) Famílias em situação de vulnerabilidade social recebem auxílio do serviço de assistência social? (1) Não sei informar; (2) Não há auxílio do serviço de assistência social; (3) Não há auxílio do serviço de assistência social, mas a comunidade ajuda as famílias; (4) Há auxílio do serviço de assistência social às famílias de crianças prematuras.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>61) As famílias estratificadas como vulneráveis são acompanhadas pelo serviço social da sua comunidade? (1) Não sei informar; (2) Não são acompanhadas; (3) São acompanhadas, mas de forma parcial; (4) São acompanhadas de forma eficiente.</p>	<p>61) As famílias estratificadas como vulneráveis são acompanhadas pelo serviço social da sua comunidade? (1) Não sei informar; (2) Não são acompanhadas; (3) São acompanhadas, com atendimento não regular; (4) São acompanhadas de forma efetiva, com atendimento regular.</p>	<p>Não houve recomendações.</p>
<p>62) São oferecidas orientações a respeito dos direitos da criança e da família na comunidade? (1) Não sei informar; (2) Não são oferecidas; (3)</p>	<p>62) Os cuidadores principais recebem orientações a respeito dos direitos da criança prematura e da família na comunidade? (1)</p>	<p>62) Os cuidadores principais recebem orientações a respeito dos direitos da criança prematura e da</p>

São oferecidas poucas orientações e as famílias precisam de ajuda para requerer seus direitos; (4) São oferecidas orientações oportunas sobre os direitos da criança e da família.	Não sei informar; (2) Não são oferecidas; (3) São oferecidas poucas orientações e as famílias precisam de ajuda para requerer seus direitos; (4) São oferecidas orientações sobre os direitos da criança e da família.	família na comunidade? (1) Não sei informar; (2) Não são oferecidas e/ou realizadas orientações; (3) São oferecidas poucas orientações e as famílias precisam de ajuda para requerer seus direitos; (4) São oferecidas orientações sobre os direitos da criança e da família.
63) Há serviço de farmácia popular e ou gratuita para dar suporte às famílias? (1) Não sei informar; (2) Não tem, a família precisa comprar; (3) Não tem nessa região de saúde, as famílias são encaminhadas para outros bairros; (4) Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias.	63) Há serviço de farmácia popular e ou comunitária para dar suporte ao cuidador principal e à família da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem, a família precisa comprar medicamentos prescritos para a criança prematura; (3) Não tem nessa região de saúde, as famílias são encaminhadas para a farmácia popular de outros bairros; (4) Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias.	Não houve recomendações.
64) Há serviço de transporte sanitário para o seguimento à saúde da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem, a família precisa arrumar o transporte particular; (3) Não tem nessa região, as famílias precisam usar o serviço de outras áreas e é demorado; (4) Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias.	64) Há serviço de transporte sanitário para o seguimento à saúde da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem, a família precisa arrumar o transporte particular; (3) Não tem nessa região, as famílias precisam usar o serviço de outras áreas; (4) Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias.	Não houve recomendações.
65) Em caso de necessidade de complemento nutricional, há serviço gratuito para dar o suporte às famílias? (1) Não sei informar; (2) Não tem, a família precisa comprar; (3) Não tem nessa região, as famílias são encaminhadas para adquirir o complemento nutricional; (4) Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias.	65) Em caso de necessidade de complemento nutricional, há serviço gratuito para dar o suporte ao cuidador principal e a família da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem, a família precisa comprar o complemento nutricional; (3) Não tem nessa região, as famílias são encaminhadas para outros serviços para adquirir o complemento nutricional; (4) Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias.	Não houve recomendações.

Fonte: A autora.

Levando em consideração a retirada da questão número seis do Domínio I, houve a necessidade de readequação do guia avaliativo Qualiprematuro. Essa readequação envolveu o número das questões de todos os domínios bem como o escore de avaliação do Domínio I, considerando que a atribuição do valor de cada questão pode variar de 1 a 4, e a retirada de uma pergunta altera o escore final desse domínio. O Quadro 6 mostra essa reformulação.

Quadro 6 -Distribuição do número das questões nos cinco Domínios após a reformulação do guia avaliativo Qualiprematuro e seus respectivos escores de avaliação. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023.

Domínios	Questões	Escore de Avaliação
I	1,2,3,4,5, 6,7,8,9,10	<i>Inadequado</i> (pontuação 10 a 19), presumindo que o processo de alta hospitalar da criança prematura precisa ser reestruturado, considerando a existência de lacunas do serviço hospitalar e da rede básica na APS; <i>Regular</i> (pontuação 20 a 29), em que o planejamento da alta hospitalar é realizado de forma mediana, e as equipes hospitalar e da rede básica podem melhorar a organização do processo para potencializar a saúde e o desenvolvimento infantil; <i>Bom</i> (pontuação 30 a 39), quando o planejamento da alta hospitalar é realizado e pode avançar; <i>Excelente</i> (pontuação 40) quando o planejamento da alta hospitalar é plenamente realizado com excelência.
II	11,12,13,14, 15,16,17,18, 19,20,21	<i>Inadequado</i> (pontuação 11 a 21), em que o seguimento domiciliar precisa ser reestruturado, pela existência de lacunas na rede da APS, fragilizando o exercício do cuidado da criança em domicílio, seguimento da saúde familiar e os fatores que prejudicam o desenvolvimento infantil ficarem desconhecidos; <i>Regular</i> (pontuação 22 a 32), o seguimento domiciliar é realizado de forma mediana e pode melhorar a organização do processo; <i>Bom</i> (pontuação 33 a 43), o seguimento domiciliar é realizado; <i>Excelente</i> (pontuação 44), denota que o seguimento domiciliar é realizado plenamente com excelência.
III	22,23,24,25, 26,27,28,29, 30,31,32,33	<i>Inadequado</i> (pontuação 12 a 23), o seguimento da saúde da criança prematura precisa ser reestruturado, a (des)assistência na APS poderá fragilizar a promoção da saúde e a prevenção de agravos, que comprometem a saúde e o desenvolvimento infantil; <i>Regular</i> (pontuação 24 a 35), o seguimento da saúde é realizado de forma mediana e as equipes na rede da APS podem melhorar a organização do processo; <i>Bom</i> (pontuação 36 a 47), o seguimento da saúde é realizado; <i>Excelente</i> (pontuação 48), o seguimento da saúde criança prematura é realizado plenamente com excelência.
IV	34,35,36,37, 38,39,40,41, 42,43,44,45, 46,47,48,49, 50,51,52	<i>Inadequado</i> (pontuação 19 a 37), a integração entre os serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado à criança prematura precisa ser construída, considerando a fragilidade das diversas esferas; <i>Regular</i> (pontuação 38 a 56), a integração entre os serviços acontece parcialmente, problemas passíveis de prevenção deixarão de ser diagnosticados em tempo oportuno e o tratamento e/ou acompanhamento não será adequado; <i>Bom</i> (pontuação 57 a 75), existe uma integração que pode avançar;

		<i>Excelente</i> (pontuação 76), a integração é realizada plenamente com excelência.
V	53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64	<i>Inadequado</i> (pontuação 12 a 23), a família da criança prematura não dispõe de apoio e suporte familiar, comunitário e profissional, impactando nos cuidados básicos e de saúde da criança; <i>Regular</i> (pontuação 24 a 35), os cuidadores parentais recebem parcialmente apoio e suporte familiar, comunitário e profissional para o exercício do cuidado no domicílio; <i>Bom</i> (pontuação 36 a 47), os cuidadores parentais recebem apoio e suporte e o cuidado pode avançar mais; <i>Excelente</i> (pontuação 48), há apoio e suporte plenos e com excelência.

Fonte: A autora.

7 DISCUSSÃO

A discussão dessa investigação permite uma visão detalhada do processo de validação do conteúdo do guia avaliativo cujo objetivo principal é avaliar a qualidade do seguimento de crianças prematuras no âmbito da APS. Trata-se de uma ferramenta importante para o campo da saúde, pois seu conteúdo foi criteriosamente avaliado por juízes, com pesquisas ou experiência profissional voltadas à área da saúde da criança prematura. A experiência desses profissionais refletiu no compromisso de garantir uma avaliação precisa e específica do guia avaliativo. Além disso, para validá-lo também foi realizada uma análise quanto à clareza de seu conteúdo por juízes, profissionais de saúde, enfermeiros, atuantes na APS de um município brasileiro de tríplice fronteira.

A inclusão desses juízes, atuantes nessa área específica de trabalho e sua *expertise*, demonstrou a relevância de se considerar a realidade local ao avaliar a eficácia do seguimento à criança prematura na APS, permitindo uma avaliação aprofundada da efetividade do guia avaliativo (SILVA *et al.*, 2018; CESTARI *et al.*, 2021). O objetivo dessa abordagem estratégica foi garantir, além de especialistas qualificados, uma importante representação do conhecimento e da experiência necessários à avaliação do Qualiprematuro.

A participação dos profissionais da APS tornou-se importante visto à necessidade de dar maior clareza ao guia avaliativo para o acompanhamento da qualidade do seguimento da criança prematura. Isso assegura uma assistência integral após a alta hospitalar por parte dos profissionais da APS, considerando um maior risco de adoecimento e possíveis alterações no crescimento e desenvolvimento do prematuro (ANACLETO, 2019). Importante apontar que, mesmo com os avanços para o cuidado longitudinal na APS, ainda é visível a fragilidade em lidar com as causas evitáveis e sensíveis no acompanhamento da saúde, sobretudo para grupos com maior vulnerabilidade.

A análise do conteúdo do Qualiprematuro buscou não apenas aprimorar o guia avaliativo, mas também fornecer um suporte prático para melhorar a eficácia dos serviços de saúde da Atenção Primária desde 2021, ano em que foi construído (SILVA; MELLO, 2022). A inclusão de uma área fronteira para a análise destacou a necessidade de considerar diferentes contextos geográficos ao planejar intervenções para crianças prematuras, promovendo assim uma abordagem mais específica ao contexto (SILVA, 2019; SILVA *et al.*, 2021). Essa abordagem estratégica buscou melhorar a validade e a confiabilidade dos resultados, contribuindo para a qualidade metodológica desse guia avaliativo.

A escolha pela Técnica Delphi foi importante para a construção de um guia avaliativo sólido e confiável. Trata-se de uma ferramenta reconhecida por estruturar e validar informações através do consenso de especialistas (LIMA, 2018; ZARILLI *et al.*, 2021). A utilização dessa tecnologia foi fundamental para avaliar itens que reportam a qualidade da vigilância da saúde dos prematuros nos cuidados primários, preenchendo a lacuna na literatura científica sobre a avaliação desses cuidados específicos, como apontado por Silva e Mello (2022).

A competência dos participantes e a definição da amostra inicial foram fatores-chave que sustentaram a validade interna e externa deste estudo e criaram uma plataforma relevante para a avaliação crítica dos resultados obtidos. A opção de duas rodadas de avaliação demonstrou uma abordagem cuidadosa e estruturada, indicando a consistência e a representatividade dos dados coletados.

A escolha da Escala Likert para a coleta de dados, com interpretações que variam de "discordo" a "concordo", ofereceu uma abordagem quantitativa, crucial para a análise estatística subsequente. Essa técnica tem sido amplamente utilizada em estudos sociais em que são coletadas percepções não quantitativas sobre um tema específico (GANTE *et al.*, 2020). Além disso, a inclusão de espaços para sugestões de reformulação proporcionou uma

dimensão qualitativa, permitindo que os juízes e os enfermeiros expressassem opiniões detalhadas sobre cada questão do guia avaliativo.

A análise dos resultados foi a partir do coeficiente α de Cronbach, que mostrou valores, de forma geral, satisfatórios tanto na avaliação dos juízes quanto na dos enfermeiros da APS, ou seja, 0,989 e 0,993 respectivamente. Do mesmo modo, os resultados foram satisfatórios na avaliação distribuída nos cinco domínios. É fundamental ter ciência de que o valor de *alfa* é afetado pelo número de itens da escala. À medida que esse número aumenta, a variância é cada vez mais incorporada sistematicamente ao numerador, levando a estimativas inflacionadas da consistência da escala (KRUS; HELMSTADTER, 1993; LOPES *et al.*, 2022).

Da mesma forma, deve-se levar em conta que, se o tamanho da amostra não for levado em consideração, o valor de α de Cronbach pode ser inflacionado, ou seja, quanto maior o número de indivíduos respondendo a uma escala maior será a variância esperada (BLAND; ALTMAN, 1997; GUIMARÃES *et al.*, 2022).

Conforme observado por Salomi *et al.* (2005), um estudo em que se comparou instrumentos de validação, e por Surdez-Pérez *et al.* (2018), que também aplicou o α de Cronbach, notou-se que a intensidade da correlação entre os itens de um questionário pode ser avaliada mediante à exclusão de um item da escala de medição, análise esta realizada no presente estudo, igualmente com resultados satisfatórios, independentemente da questão a ser removida. Se o coeficiente α aumenta, sugere-se que o item removido não possui alta correlação com os demais itens do questionário. Em contrapartida, caso o coeficiente diminua, infere-se que esse item está altamente correlacionado com os demais da escala. Assim, o α de Cronbach foi um indicador importante para a avaliação da confiabilidade do guia avaliativo, revelando como cada item contribuiu para essa confiança, que varia entre 0,949 e 0,976 para os juízes e 0,850 a 0,985 para os enfermeiros da APS.

A proposta do guia avaliativo Qualiprematuro para o monitoramento da saúde da criança prematura mostrou uma abordagem abrangente e bem-estruturada. Contendo inicialmente 65 itens, após as recomendações qualitativas dos participantes, retirou-se uma questão do Domínio I, justificada pela falta de redundância. Na sequência, foi organizado em 64 itens, todos com o objetivo de conhecer *nuances* importantes do cuidado dos profissionais (em especial de médicos e enfermeiros) e dos serviços da APS (SILVA; MELLO, 2022).

A organização em cinco domínios permaneceu sem quaisquer alterações e incluíram o planejamento da alta hospitalar, o acompanhamento domiciliar da criança, a saúde infantil, a integração de serviços e o apoio familiar, distinguindo-se pela necessidade de abranger

integralmente as condições de acompanhamento da saúde dessas crianças. Essa diversidade de áreas reflete a complexidade do acompanhamento dos prematuros desde o planejamento até o essencial apoio familiar. A aplicação das respostas avaliadas, que envolveu a escolha de uma resposta por questão, buscou fornecer uma avaliação detalhada e criteriosa da eficácia, baseada em evidências científicas, para qualificar o seguimento da criança nascida prematura (SILVA *et al.*, 2022; SILVA; MELLO, 2022).

Como o presente estudo buscou realizar as etapas de validação de conteúdo e pré-testes do trabalho de Silva e Mello (2022), a soma dos valores ao final de cada domínio proposto forneceu uma métrica importante para analisar o serviço prestado. Avaliar cada área individualmente, reconhecendo que um serviço pode ter pontos fortes, mas necessitar de melhorias em outros, incentiva e motiva as equipes de saúde e os serviços de forma geral a buscarem aperfeiçoamento para a prática assistencial e para estruturar o serviço. Essa abordagem culminou em classificações finais, que podem variar de ruim a excelente, proporcionando uma visão completa e diferenciada do desempenho assistencial no cuidado ao prematuro.

A validação de conteúdo de um guia avaliativo garante que a ferramenta realmente meça o que afirma medir (NORA *et al.*, 2018). Isso é fundamental para garantir que os resultados sejam confiáveis e possam ser utilizados com segurança na tomada de decisões relacionadas à vigilância de prematuros. Essa validação ajuda a identificar e a corrigir possíveis deficiências da ferramenta, garantindo precisão nas respostas, sobretudo quando se trata de informações sensíveis relacionadas com a saúde das crianças, considerando que informações imprecisas podem ter consequências graves.

A validade é alcançada quando esta efetivamente mensura o que se pretende avaliar. É essencial destacar que ela está intrinsecamente relacionada à confiabilidade do guia avaliativo. Em outras palavras, a validade pode ser compreendida como o grau de associação entre os escores de um teste e algum critério externo do mesmo teste, como os resultados obtidos em outra avaliação, as definições conceituais ou a formulação de objetivos (RICHARDSON, 1989; LEITE *et al.*, 2018).

O processo de validação não só determina a fiabilidade inicial da ferramenta mas também fornece informações para a sua melhoria contínua. O *feedback* obtido nesse processo permite fazer ajustes para tornar a ferramenta mais eficaz e consistente com os objetivos da avaliação (LEITE *et al.*, 2018). Partindo desse contexto, pode-se afirmar que a avaliação da qualidade do seguimento da saúde da criança prematura beneficia os indivíduos em questão e

também contribui para aprimorar a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde na atenção primária.

Uma revisão sistemática realizada por pesquisadores espanhóis mostrou que existe um número moderado de instrumentos capazes de medir a satisfação materna com a assistência no nascimento em ambiente hospitalar (BLAZQUEZ *et al.*, 2017). Do mesmo modo, pesquisadores italianos encontraram apenas dois instrumentos validados, disponíveis para avaliar a satisfação dos cuidadores de bebês hospitalizados em unidades neonatais em sua revisão sistemática, destacando que são necessárias mais investigações nesse campo para poder utilizar instrumentos validados em diversos contextos culturais (DALL'OGGIO *et al.*, 2018).

Destaca-se, portanto, que, para o cuidado e seguimento da criança prematura, a literatura ainda se encontra incipiente. Desse modo, a proposta da validação do conteúdo do Qualiprematuro para a criança prematura, por ora em região de fronteira, consegue avaliar um tipo de contexto cultural e reforça a importância de ferramentas para amparar e avaliar as ações e práticas desempenhadas nos serviços de seguimento à saúde.

Este estudo ofereceu um olhar crítico sobre as práticas atuais, apontando para possíveis áreas de aprimoramento na abordagem da saúde da criança prematura no contexto da atenção primária. A abordagem específica para regiões fronteiriças, cenário de trabalho dos enfermeiros da APS deste estudo, reconhece as vulnerabilidades desses territórios e busca estratégias para otimizar o seguimento da saúde do prematuro nesses locais (BERRES; BAGGIO, 2020; SILVA *et al.*, 2021).

Adicionalmente, a Técnica Delphi, aplicada *on-line* permitiu a participação de juízes de diversas localidades, garantindo diversas perspectivas e experiências para a validação do instrumento (CARLOMAGNO, 2018). A relevância em abordar questões específicas de uma diversidade regional realça a importância de considerar contextos geográficos únicos no desenvolvimento de estratégias de vigilância. A análise dos dados foi realizada de forma iterativa, alcançando um valor consistente proposto pelo método de análise. Espera-se que os resultados deste estudo inspirem iniciativas futuras e incentivem mais pesquisas para monitorar a saúde de bebês prematuros, fornecendo uma base sólida para intervenções oportunas e eficazes.

Com respeito ao detalhamento do guia avaliativo, o primeiro domínio, **Planejamento da Alta Hospitalar e Organização do Plano de Cuidados**, desempenha um papel relevante na transição do ambiente hospitalar para o domiciliar. É preciso garantir às famílias o preparo adequado para receber em casa o filho prematuro com um plano de cuidados claro e de fácil

compreensão, que prepare o cenário para um início saudável nessa nova fase da vida da família (BERNARDINO *et al.*, 2021; ANTUNES *et al.*, 2023).

No estudo de Antunes *et al.* (2023), foi possível evidenciar a importância da organização hospitalar no processo de alta do recém-nascido, pois destacou-se a necessidade de implementação de novos programas de atendimento especializado ao prematuro. E, ainda, segundo os autores, pensar em ferramentas facilitadoras para fortalecer a comunicação com as famílias de recém-nascidos após a alta para qualificar o cuidado se trata de uma estratégia relevante.

Um estudo norte-americano que examinou a qualidade de vida relacionada à saúde das mães no momento da alta da criança prematura concluiu que existem vários fatores de risco que estão associados às classificações mais baixas de saúde física no momento da alta (OBREGON *et al.*, 2019). Desse modo, essas informações são importantes e devem ser consideradas na elaboração do plano de cuidados do prematuro para o domicílio visto que os cuidadores também precisam de atenção e de cuidados para, assim, proporcionar o bem-estar do filho e para potencializar o desenvolvimento saudável.

O segundo domínio, **Seguimento Domiciliar em Visita e Teleatendimento**, destaca a importância do monitoramento domiciliar. Visitas regulares e serviços remotos não só monitoram o desenvolvimento da criança como também oferecem apoio à família, esclarecem dúvidas e preocupações e facilitam a adaptação aos inúmeros desafios (HILÁRIO *et al.*, 2022).

Silva *et al.* (2022) também destacou a importância desse seguimento, corroborando que a visita domiciliar e o teleatendimento são estratégias capazes de favorecer o cuidado ampliado, proporcionando ações acolhedoras e seguras para a criança e seus cuidadores – afinal, esses recursos podem garantir saúde e qualidade de vida.

Um trabalho desenvolvido por pesquisadores da Coreia do Sul identificou que os principais cuidados de acompanhamento após a alta da UTIN incluem monitoramento e apoio ao crescimento/desenvolvimento, continuidade dos cuidados, elementos centrados nos cuidadores em uma abordagem multidisciplinar. Os métodos de intervenção mais utilizados incluíram visitas domiciliares, telefonemas, videochamadas e aplicativos (KANG; CHO, 2021).

Na Turquia, um trabalho buscou examinar os efeitos de um programa de acompanhamento domiciliar acerca dos problemas de saúde, de ansiedade e de níveis de depressão materna após o nascimento da criança prematura. Foi observado que as mães no grupo com acompanhamento domiciliar apresentaram um risco menor de depressão e de

ansiedade em comparação ao grupo controle ao grupo-controle (ausência do seguimento domiciliar). Isso mostra que a assistência domiciliar às mães de bebês prematuros durante os primeiros 40-42 dias têm o potencial de diminuir os problemas de cuidados pós-natais, incluindo a depressão materna e os níveis de ansiedade (GÜNEŞ; ÇAVUŞOĞLU, 2020).

O terceiro domínio, **Seguimento da Saúde Infantil para Promover Saúde e Prevenir Agravos**, centra-se na monitorização das crianças, visando não só detectar possíveis problemas como também promover proativamente sua saúde. Prevenir agravos e promover o desenvolvimento saudável são metas importantes que contribuem para a formação de cidadãos e de uma sociedade melhor (BRANQUINHO; LANZA, 2018; SILVA *et al.*, 2020a).

No estudo de Branquinho e Lanza (2018), foram verificadas vulnerabilidades no cuidado da criança prematura (que são diversas). Analisando essas situações vulneráveis, observou-se, por meio de uma base dialógica com as mães participantes, a existência de circunstâncias da prematuridade, que reafirmam a interligação das dimensões individuais, das sociais e das institucionais. Esses aspectos reafirmam a responsabilidade dos profissionais de saúde em não ampliar as vulnerabilidades individuais e sociais, e sim promover o cuidado e buscar reduzir as situações que geram ameaças, incertezas, preocupações e danos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; VIERA *et al.*, 2022).

No Vietnã, um estudo que descreveu as características da reinternação da criança prematura verificou que a readmissão hospitalar de vietnamitas que receberam alta da UTIN foi frequente nos primeiros dois anos, principalmente devido às doenças respiratórias. Foi destacada a importância de ampliar os programas de acompanhamento para a criança prematura em países de baixo e médio rendimento por considerar uma forma valiosa para prevenir doenças respiratórias (DO *et al.*, 2020).

O quarto domínio, **Integração entre Serviços de Saúde, Educação e Acompanhamento Especializado**, enfatiza a necessidade de uma abordagem integrada entre esses serviços visto que a colaboração entre esses departamentos garante uma rede de apoio abrangente que atende as diversas necessidades das crianças nascidas prematuras desde questões médicas até inclusão educacional e apoio especializado (SILVA; MELLO, 2022).

A respeito desse quarto domínio, percebe-se que a integração geral dos serviços de saúde facilita a integração do prematuro no seu ambiente familiar, promovendo as competências parentais e, conseqüentemente, contribuindo para a redução da morbimortalidade (FLEXA; BARBASTEFANO, 2019).

Nos Estados Unidos, um trabalho levantou a hipótese de que existe um atrito no acompanhamento do neurodesenvolvimento neonatal que fornece vigilância e avaliação

contínuas da criança prematura (de alto risco) se associado aos fatores raciais e sociais. Observou-se que as disparidades sociais impactam negativamente no acompanhamento neonatal. Os esforços para identificar as populações de alto risco devem ser iniciados durante a hospitalização inicial, antes que a criança inicie o seguimento, justificando a necessidade da integração entre os serviços dos exímios pontos de atenção (SWEARINGEN *et al.*, 2020).

Por fim, o quinto domínio, **Apoio e Suporte Familiar para o Cuidado**, ressalta a importância da família ter apoio e suporte para o exercício dos cuidados cotidianos com o filho. Reconhecer as demandas emocionais e práticas enfrentadas pelas famílias de crianças prematuras é fundamental para criar um ambiente de cuidado efetivo. Oferecer recursos e assistência às famílias fortalece a capacidade de cuidar e de apoiar o desenvolvimento de seus filhos (ZANATTA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018).

Silva *et al.* (2018) verificaram a eficiência na aprendizagem cognitiva de mães sobre os cuidados com seus filhos prematuros mediante atividade educativa com base em uma cartilha. Foi possível concluir que esse recurso favoreceu a aprendizagem de mães, mostrando-se como uma importante tecnologia para a educação em saúde tendo em vista que favoreceu a construção do conhecimento. Os referidos autores também indicaram a relevância de utilizar as unidades de APS como disparadoras desse conhecimento e como suporte das discussões e troca de experiências.

Desse modo, torna-se relevante investir em estratégias de acompanhamento efetivo e oportuno desde o início da vida (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2023). O guia avaliativo aqui citado, aplicado nos serviços para o acompanhamento nos primeiros anos de vida da criança, é capaz de oferecer diretrizes claras aos profissionais de saúde para qualificar o seguimento da criança prematura. Sua estrutura organizada e flexível, com métricas detalhadas e avaliações diferenciadas permite melhorar e direcionar esforços para o cuidado integral (BRANQUINHO; LANZA, 2018).

Esses resultados têm o potencial de enriquecer as abordagens em saúde e motivar os profissionais da área a oferecer apoio aos cuidadores durante períodos de vulnerabilidade (SOUZA *et al.*, 2019). A aplicação integral e coordenada desses cinco domínios não apenas avalia, **mas** molda positivamente o acompanhamento de crianças prematuras, contribuindo para um início saudável e uma trajetória de vida plena. Essa abordagem holística reflete o compromisso com a promoção da saúde e com o bem-estar não apenas da criança, **mas** de toda a família envolvida nessa trajetória.

O seguimento cuidadoso da saúde de crianças nascidas prematuras é essencial para tratar possíveis complicações, promover o crescimento saudável e prevenir o desenvolvimento

de problemas de saúde a longo prazo (SILVA *et al.*, 2022). A transição dos cuidados hospitalares para o ambiente domiciliar é um período decisivo e importante para garantir segurança no acompanhamento da saúde dessa criança, com a participação efetiva e a interação dos profissionais de saúde, famílias e comunidades (PANCIERI *et al.*, 2022).

Um estudo conduzido no Chile analisou a implementação de redes integradas de serviços de saúde e de estratégias para a coordenação do cuidado pela APS no que se refere a seu segmento público. Foi possível concluir que a experiência chilena demonstra a necessidade de maior protagonismo da APS para que seja capaz de assumir a condução das redes integradas de serviços de saúde. No país, as redes parecem orbitar ao redor de grandes e potentes hospitais (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2018), realidade esta que converge com a experiência brasileira.

Outro estudo realizado no sul do Brasil destacou que o primeiro contato na APS se refere a um fator decisivo para o seguimento da criança que nasceu prematuro por considerar relevante o reconhecimento e a articulação na rede, possibilitando resolutividade, em especial nas demandas do crescimento e do desenvolvimento. Os autores identificaram que os serviços de atenção especializada e hospitalares ofereceram suporte às situações agudas isoladas ou às condições crônicas, sem a articulação dos níveis de atenção, com práticas uniprofissional, impossibilitando a formação de uma RAS para os prematuros (JANTSCH *et al.*, 2021).

A Portaria GM/MS nº 1.604 de 18 de outubro de 2023 institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) no âmbito do SUS. Nessa política, ressalta-se que a APS deve ser a primeira porta de entrada, o principal centro de comunicação das RAS **bem como** local de maior responsabilidade na organização do acesso e na coordenação do cuidado aos usuários do seu território. Sendo assim, as pessoas que recebem atenção especializada necessitam de cuidados mais intensivos e/ou diferentes em um determinado momento. Mesmo assim, os usuários necessitam manter o vínculo com a APS em decorrência da necessidade de cuidados primários ao longo da vida. Desse modo, a atenção especializada deverá desempenhar um papel de apoiador da APS, estabelecendo-se um sistema de cuidados integrado (BRASIL, 2023).

Dito isso, o guia avaliativo aqui destacado foi ao encontro das diretrizes da PNAES. A validação do seu conteúdo demonstrou o compromisso com a qualidade do seguimento da saúde na APS, considerando o rigor metodológico adotado, o envolvimento de juízes especialistas e profissionais atuantes nos serviços somado à representação geográfica, à abordagem quantitativa e qualitativa na análise dos dados, que buscaram consistência e clareza no conteúdo avaliado (BRASIL, 2023).

A validação do conteúdo do Qualiprematuro forneceu dados importantes, padronizados e culturalmente sensíveis, tornando-se uma ferramenta para a formação de profissionais de saúde para prestar um apoio eficaz e personalizado a essas crianças e às famílias. As suas contribuições sobressaem à mensuração de resultados, pois adentra a prática clínicana investigação e na promoção de políticas de saúdeque visam o desenvolvimento global e o bem-estar de crianças nascidas prematuras.

O investimento na saúde dessas crianças não se deve limitar no período da hospitalização apenas, mas estender-se no futuro, pois cada uma delas tem potencial para superar os desafios iniciais e tornar-se um membro saudável e contribuinte para a sociedade. Portanto, prestar atenção à saúde de crianças nascidas prematuras não só garante um começo saudávelmas também representa um compromisso significativo para a construção de uma comunidade melhor (HORTA; SOARES, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Ao fornecer informações sobre a qualidade da vigilância de prematuros, espera-se contribuir para uma compreensão mais ampla da prática de saúde na atenção primária, particularmente em regiões consideradas vulneráveis e por pertencer à faixa de fronteira, considerando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e da Estratégia Mundial para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes, que implica a adoção de abordagens mais integradas e colaborativas para combater as desigualdades sociais, ambientais e econômicas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2022).

O presente estudo, embora apresente resultados relevantes sobre a efetividade do guia avaliativo para enfermeiros na APS, expõe algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados. A pesquisa foi realizada com uma amostra restrita a enfermeiros, o que limita a generalização dos resultados para outras categorias profissionais que atuam na saúde pública. É possível que o guia avaliativo apresente diferentes níveis de efetividade quando aplicado a outros profissionais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo partiu da reflexão sobre o desafio global de saúde pública causado pelo nascimento prematuro e destacou a necessidade urgente de cuidados pós-alta, de forma abrangente e eficiente para estes bebês, visto que podem necessitar de uma assistência complexa, que excede, muitas vezes, as necessidades dos seus pares da mesma idade.

Com base nas evidências estatísticas, foi considerado validado o conteúdo do guia avaliativo Qualiprematuro, que emergiu como uma contribuição relevante para o seguimento da saúde desses bebês na APS.

Foi possível evidenciar nesse processo sua representatividade no que se refere à compreensão teórica e à prática do cuidado no âmbito da APS. Esta foi considerada uma etapa importante no desenvolvimento do guia avaliativo tendo em vista a constatação de que o material é confiável e conciso naquilo que pretende medir.

A metodologia adotada, a Técnica Delphi, permitiu a construção de consenso entre especialistas, juízes com ampla experiência na saúde neonatal e em pesquisas, e juízes enfermeiros da prática profissional na APS, somado ao caráter iterativo da análise dos dados por meio de escores satisfatórios do coeficiente α de Cronbach nas duas etapas de avaliação, assim como na análise da distribuição entre os domínios, garantindo confiabilidade, validade e clareza dos resultados.

Importante destacar que, mesmo com índices favoráveis, todas as recomendações dos especialistas foram consideradas para a construção final do guia avaliativo, assim determinadas: inicialmente no Domínio I, o guia avaliativo contava com 11 questões; após a readequação, passou a ter dez; e o total, antes com 65 questões, na versão final totalizou 64.

A proposta para aplicação cuidadosa do guia avaliativo refletiu um processo estruturado, e as escalas Likert, incorporadas na recolha de dados, acrescentaram dimensões quantitativas e qualitativas. A análise combinou métricas quantitativas e *insights* qualitativos, fornecendo propostas para a eficácia do seguimento dos cuidados para bebês prematuros.

Sendo assim, a validação do conteúdo do Qualiprematuro, compreendendo-o como uma ferramenta de avaliação inovadora e com uma metodologia abrangente, não só contribuirá para a compreensão teórica dos cuidados e também recomendará práticas importantes para os profissionais que trabalham no seguimento da saúde da criança que nasceu prematura.

A consideração cuidadosa das *nuances* regionais, especialmente nas zonas fronteiriças identificadas ao longo desse estudo, também destacou a importância de adaptar as práticas de cuidados de saúde em contextos geográficos únicos.

O compromisso do estudo com a transparência, consistência e rigor metodológico fortalecem futuras iniciativas e pesquisas focadas na vigilância da saúde de prematuros, considerando a necessidade de melhorar as práticas e os resultados para esses recém-nascidos em todo o mundo.

REFERÊNCIAS

- AIRES, L. C. P.; SANTOS, E. K. A.; COSTA, R.; BORCK, M.; CUSTÓDIO, Z. A. O. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 224-232, 2015.
- ALMEIDA, D.; SANTOS, M.; COSTA, A. F. B. Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. **XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, v. 15, p. 1-12, 2010.
- ALMEIDA, P. F.; OLIVEIRA, S. C.; GIOVANELLA, L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2213-2228, 2018.
- ANACLETO, L. A. **Manejo da alta hospitalar do recém-nascido prematuro: saberes dos enfermeiros**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, 2019.
- ANTUNES, B. S.; QUADROS, D. C. R.; CORREA, F. O.; SILVA, G. D.; MACEDO, I. T. S.; SILVA, L. Planejamento da alta hospitalar do recém-nascido prematuro realizado por enfermeiros. **Peer Review**, v. 5, n. 21, p. 505-514, 2023.
- BEHRMAN, R. E.; BUTLER, A. S. **Preterm birth: causes, consequences, and prevention**. 2007.
- BERNARDINO, E.; SOUSA, S. M.; NASCIMENTO, J. D.; LACERDA, M. R.; TORRES, D. G.; GONÇALVES, L. S. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20200435, 2021.
- BERRES, R.; BAGGIO, M. A. (Des)continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo em região de fronteira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, e20180827, 2020.
- BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Statistics notes: Cronbach's alpha. **BMJ**, v. 314, n. 7080, p. 572, 1997.
- BLAZQUEZ, R. A.; CORCHON, S.; FERRANDIZ, E. F. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: systematic review. **Midwifery**, v. 55, p. 103-112, 2017.
- BOYKOVA, M. Transition from hospital to home in parentes of preterm infants: a literature review. **The Journal of perinatal & neonatal nursing**, v. 34, n. 4, p. 327-348, 2016.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 975-980, 2012.

BRANQUINHO, I. D.; LANZA, F. M. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, e2753, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Atenção humanizada ao recém-nascido**. Método canguru. Manual técnico. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES)**. Diário Oficial da União: Portaria GM/MS Nº 1.604, de 18 de outubro de 2023.

BURIASCO, A. D. **UPAs de Foz do Iguaçu atenderam cerca de 126 mil pacientes no primeiro semestre**. Foz do Iguaçu. 2023. Disponível em: <<https://www5.pmf.pr.gov.br/noticia.php?id=52445>>. Acesso em 16 de janeiro de 2023.

CARLOMAGNO, M. C. Conduzindo pesquisas com questionários online: uma introdução às questões metodológicas. **Estudando cultura e comunicação com mídias sociais**, p. 31, 2018.

CARVALHO, N. A. R.; SANTOS, J. D. M.; SALES, I. M. M.; ARAÚJO, A. A. C.; SOUZA, A. S.; MORAIS, F. F.; ROCHA, S. S. A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34: eAPE02503, 2021.

CASACIO, G. D. M.; FERRARI, R. A. P.; ZILLY, A.; SILVA, R. M. M. Itinerário terapêutico de crianças com necessidades especiais de saúde: análise guiada por sistemas de cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43:e20220115, 2022.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1772-1784, 2012.

CESTARI, V. R. F.; FLORÊNCIO, R. S.; PESSOA, V. L. M. P.; MOREIRA, T. M. M. Validação dos marcadores da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e7282-e7282, 2021.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013.

DALL'OGGIO, I.; MASCOLO, R.; GAWRONSKI, O.; TIOZZO, E.; PORTANOVA, A.; RAGNI, A.; ÁLVARO, R.; ROCCO, G.; LATOUR, J. A systematic review of instruments for assessing parent satisfaction with family-centred care in neonatal intensive care units. **Acta Paediatrica**, v. 107, n. 3, p. 391-402, 2018.

DINIZ, K. T.; CABRAL FILHO, J. E.; MIRANDA, R. M.; LIMA, G. M. S.; FIGUEREDO, N. P. S.; ARAÚJO, K. F. N. Efeito de curto prazo da posição canguru sobre a atividade eletromiográfica do prematuro: um ensaio clínico randomizado. **Jornal de Pediatria**, v. 96, p. 741-747, 2020.

DO, C. H. T.; BØRRESEN, M. L.; PEDERSEN, F. K.; GESKUS, R. B.; KRUSE, A. Y. Rates of rehospitalisation in the first 2 years among preterm infants discharged from the NICU of a tertiary children hospital in Vietnam: a follow-up study. **BMJ open**, v. 10, n. 10, p. e036484, 2020.

DUARTE, A. S.; SANTOS, W. S.; SILVA, L. D. B.; OLIVEIRA, J. D.; SAMPAIO, K. J. A. J. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. **Revista Rene**, v. 11, n. 3, p. 162-170, 2010.

EL-AOUAR, I. S. **Tornando-se mãe de um bebê prematuro**: a emergência de significados de maternidade a partir da experiência de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ambulatório do Método Mãe Canguru. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, Bahia, 2016.

ESTEVES, S.; FUERTES, M.; NUNES, C.; ROSA, J.; ALMEIDA, A. R. Escola Superior. **Teoria, Práticas e Investigação em Intervenção Precoce II**. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Lisboa, 2021.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SEIDL, H.; GAGNO, J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 13-33, 2014.

FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 325-338, 2019.

FRANTZ, M. F.; SCHAEFER, M. P.; DONELLI, T. M. S. Follow-up de nascidos prematuros: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 37:e3716, 2021.

FROTA, M. A.; SILVA, P. F. R.; MORAES, S. R.; MARTINS, E. M. C. S.; CHAVES, E. M. C.; SILVA, C. A. B. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 277-283, 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Progresso para as crianças**: um mundo adequado para as crianças: revisão estatística. 2007.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Saúde da infância**, 2023.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Fortalecimento das competências familiares**, 2023.

GAÍVA, M. A. M.; NEVES, A. D. Q.; SILVEIRA, A. O.; SIQUEIRA, F. M. G. D. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 382-386, 2006.

GALVÃO, D. F.; ALVEZ, A. P. G.; KREUTZ, J. C.; BITTENCOURT, P. R. S.; COSTA, M. B. Estudo da imagem sócio-ambiental urbana de Foz do Iguaçu-PR. **Revista Monografias Ambientais**, v. 13, n. 5, p. 3907-3914, 2014.

GANTE, Á. G. C.; GONZÁLES, W. E. S.; ORTEGA, J. B.; CASTILLO, J. E; FERNÁNDEZ, A. S. Escala de Likert: una alternativa para elaborar e interpretar un instrumento de percepción social. **Revista de la alta tecnología y sociedad**, v. 12, n. 1, 2020.

GARUZI, M.; ACHITTI, M. C. O.; SATO, C. A.; ROCHA, S. A. R.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 144-9, fev. 2014.

GOMES, L. V. C. **Cuidados de enfermagem ao recém-nascido nas primeiras horas de vida**: âmbito hospitalar. Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso, Centro Universitário - UNIFACIG, 2021.

GUIMARÃES, A. C.; TRIGUEIRO, M. J.; COELHO, T. C.; MAIA, I. M.; ALMEIDA, R. S.; SIMÕES-SILVA, V.; PORTUGAL, P.; SOUZA, S.; CAMPOS, F.; MARQUES, A. Validação da Mental Health Promoting Knowledge Scale (MHPK-10) para a população portuguesa. **RevSALUS-Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia**, v. 4, n. 1, 2022.

GÜNEŞ, N. B.; ÇAVUŞOĞLU, H. Effects of a home follow-up program in Turkey for urban mothers of premature babies. **Public Health Nursing**, v. 37, n. 1, p. 56-64, 2020.

HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M. M. C.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L.; STEIN, A. T.; GONÇALVES, M. R.; TRINDADE, T. G.; BERRA, S.; DUNCAN, B. B.; STARFIELD, B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29 p. 274-284., 2013.

HILÁRIO, J. S. M.; HENRIQUE, N. C. P.; SANTOS, J. S.; ANDRADE, R. D.; FRACOLLI, L. A.; MELLO, D. F. Desenvolvimento infantil e visita domiciliar na primeira infância: mapa conceitual. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE003652, 2022.

HORTA, K. C.; SOARES, Â. M. O desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo ou prematuras. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 58467-58475, 2020.

JANTSCH, L. B.; ALVES T. F.; ARRUE, A. M.; TOSO, B. R. G. O.; NEVES E. T. Health care network (dis) articulation in late and moderate prematurity. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, e20200524, 2021.

KANG, S. R.; CHO, H. Research trends of follow-up care after neonatal intensive care unit graduation for children born preterm: a scoping review. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 6, p. 3268, 2021.

KONZEN, T. M., BELLINI, A. S. D.; BALDISSERA, L. G.; PIRES, K. B. **Acompanhamento de bebê com pé torto congênito por estudantes de medicina em visita domiciliar**: Relato de caso. In: 19ª Semana do Bebê de Canela. 2018.

KRUS, D. J.; HELMSTADTER, G. C. The problem of negative reliabilities. **Educational and Psychological Measurement**, v. 53, n. 3, p. 643-650, 1993.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

LEAL, M. C.; AYRES, B. V. S.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; SÁNCHEZ, A. R.; LAROUZÉ, B. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2061-2070, 2016.

LEITE, S. S.; AFIO, A. C. E.; CARVALHO, L. V.; SILVA, J. M.; ALMEIDA, P. C.; PAGLIUCA, L. M. F. Construction and validation of an educational content validation instrument in health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1635-1641, 2018.

LEITE, F. L. L. M.; GOMES, G. C.; MINASI, A. S. A.; NOBRE, C. M. G.; MOTA, M. S. Facilidades e dificuldades vivenciadas pela família no cuidado a crianças com necessidades especiais de saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e5619108761, 2020.

LEONTITSIS A, PAGGE J. A simulation approach on Cronbach's alpha statistical significance. **Mathematics and Computers in Simulation**. v. 73, p. 336-340. 2007.

LIMA, A. A.; TENÓRIO, M. C. S.; DUTRA, T. A.; BOMFIM, I. C.; OLIVEIRA, A. C. M. Caracterização de recém-nascidos prematuros nascidos em maternidade de referência de alto risco de Maceió, Alagoas. **Gep News**, v. 1, n. 1, p. 32-37, 2018.

LIMA, T. M. **Desenvolvimento e validação de indicadores para avaliação da qualidade do acompanhamento farmacoterapêutico**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2018.

LOPES, R. R. S.; GALVÃO, E. L.; GUEDES, H. M. Desenvolvimento e validação de uma ferramenta para avaliação por competência da inserção do dispositivo intrauterino. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, p. 283-295, 2022.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2461-2468, 2011.

MEDEIROS, C. C.; FRANZOI, M. A. H.; SILVEIRA, A. O. Cuidado parental e promoção do desenvolvimento infantil no contexto da prematuridade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, p. 11656, 2020.

MELO, E. M. O. P.; FERREIRA, P. L. F.; LIMA, R. A. G. L.; MELLO, D. F. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 432-439, 2014.

MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (Ed.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2018.

MOURA, S. M. A. **Ensaio sobre os fatores socioeconômicos da saúde infantil no Brasil: uma análise municipal para os anos de 2008 a 2018**. Trabalho de Conclusão de Curso, 2021.

NIETSCHKE, E. A.; NORA, A. D.; LIMA, M. G. R.; BOTTEGA, J. C.; NEVES, E. T.; SOSMAYER, V.L. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 16, p. 809-816, 2012.

NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E.; VIEIRA, M. M. Validação por peritos: importância na tradução e adaptação de instrumentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 37, e64851, 2018.

OBREGON, E.; LITT, J. S.; PATEL, P.; ZIYEH, T.; MCCORMICK, M. C. Health related quality of life (HRQoL) in mothers of premature infants at NICU discharge. **Journal of Perinatology**, v. 39, n. 10, p. 1356-1361, 2019.

OLIVEIRA, M. S.; PINTO, M. J. C. Estresse e espiritualidade de mães de bebês prematuros. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 317-332, 2019.

OLIVEIRA, A. I. B.; WERNE, M.; LEGNARO, B. S. C.; MARAZ, T. L.; CORASINI, I.; PETRUCCELLI, G. Visita domiciliar às mães de recém-nascidos prematuros e baixo peso:

Home visits to mothers of premature and low birth weight newborns. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 36, p. 539-550, 2021(a).

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis:Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e310105, 2021(b).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade segura**. Assistência ao parto Normal: um guia prático. Genebra, OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OMS promove novas diretrizes para cuidados com bebês prematuros**. Nações Unidas. 2022. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2022/11/1805477>>. Acesso em 26 de agosto de 2023.

PANCIERI, L.; SILVA, R. M. M.; WERNET, M.; FONSECA, L. M. M.; HAMEED, S.; MELLO, D. F. Safe care for premature babies at home: parenting and stimulating development. **Journal of Child Health Care**. 2022

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. In: Epidemiologia: teoria e prática. p. 596-596, 2001.

PEREIRA, M. C. **Saúde mental de trabalhadores da enfermagem da atenção básica em municípios de fronteira**. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Tese de doutorado, 2022.

PICCO, T. M.; BAGGIO, M. A.; HIRANO, A. R.; CALDEIRA, S.; FERRARI, R. A. P. Childhealthcare in primarycare in a border region. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

RIBEIRO, L. G.; MARCONDES, D. A interface entre a atenção primária à saúde e práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: formas de promover as práticas na APS. **APS em revista**, v. 3, n. 2, p. 102-109, 2021.

RIBEIRO, S. A. **Assistência ao ciclo gravídico puerperal em municípios de faixa de fronteira do estado do Paraná**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2017.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989

RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, J.; REGUANT-ÁLVAREZ, M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. **REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació**, v. 13, n. 2, p. 1-13, 2020.

ROMANCINI, J. M. F. **Avaliação do planejamento de alta hospitalar realizado pela equipe de enfermagem ao recém-nascido na unidade terapia intensiva neonatal**

(monografia). Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA, p. 51, 2015.

ROMEIRO, V.; BULLINGER, M.; MARZIALE, M. H. P.; FEGADOLLI, C.; REIS, R. A.; SILVEIRA, R. C. C. P.; COSTA-JÚNIOR, M. L.; SOUSA, F. A. E. F.; ANDRADE, V. S.; CONACCI, B. J.; F. K.; NASCIMENTO, C. B. S. DISABKIDS® in Brazil: advances and future perspectives for the production of scientific knowledge. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3257, 2020.

ROSA, R. M. **Secretaria municipal de saúde**. Foz do Iguaçu, 2023. Disponível em: <<https://www5.pmfi.pr.gov.br/orgao-93>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.

SALGE, A. K. M.; VIEIRA, A. V. C.; AGUIAR, A. K.; LOBO, S. F.; XAVIER, R. M.; ZATTA, L. T.; CORREA, R. R. M.; SIQUEIRA, K. M.; GUIMARÃES, J. V.; ROCHA, K. M. N.; CHINEM, B. M.; SILVA, R. C. R. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 11(3), p 642-646, 2009.

SALOMI, G. G. E.; MIGUEL, P. A. C.; ABACKERLI, A. J. SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. **Gestão & Produção**, v. 12, p. 279-293, 2005.

SANDEVA, M.; UCHIKOVA, E. Frequency and medical social aspects premature birth. **Akusherstvo i ginekologija**, v. 55, n. 2, p. 27-33, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia prático de atualização: uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação**. Porto Alegre: SBP, 2017.

SCHMIDT, K. T.; BESSA, J. B.; RODRIGUES, B. C.; ARENAS, M. M.; CORRÊA, D. A. M.; HIGARASHI, I. H. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. **Revista Rene**, v. 12, n. 4, p. 849-858, 2011.

SILVA, I. O. A. M.; AREDES, N. D. A.; BICALHO, M. B.; DELÁCIO, N. C. B.; MAZZO, L. L.; FONSECA, L. M. M. Cartilha sobre o prematuro como tecnologia educacional para família: estudo quase experimental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 334-341, 2018.

SILVA, R. M. M. **O cuidado de crianças prematuras em região de fronteira: necessidades essenciais e especiais de saúde**. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 2019.

SILVA, R. M. M.; ZILLY, A.; TONINATO, A. P. C.; PANCIERI, L.; FURTADO, M. C. C. F.; MELLO, D. F. The vulnerabilities of premature children: home and institutional contexts. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, Suppl 4, e20190218, 2020(a).

SILVA, R. M. M.; ZILLY, A.; NONOSE, E. R. S.; FONSECA, L. M. M.; MELLO, D. F. Care opportunities for premature infants: home visits and telephone support. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28. e3308, 2020(b).

SILVA, R. M. M.; PANCIERI, L.; ZILLY, A.; SPOHR, F. A.; FONSECA, L. M. M.; MELLO, D. F. Follow-up care for premature children: the repercussions of the COVID-19 pandemic. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29:e3414, 2021.

SILVA, R. M.M.; ZILLY, A.; FONSECA, L. M. M.; MELLO, D. F. Elementos qualificadores do seguimento de prematuros no campo da atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 30, e64966, 2022.

SILVA, R. M. M.; MELLO, D. F. Qualidade do seguimento do bebê prematuro na rede de Atenção Primária a Saúde: guia “Qualiprematuro”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, Suppl 2, e20220241, 2022.

SOUZA, R. O. D.; BORGES, A. A.; BONELLI, M. A.; DUPAS, G. Funcionalidade do apoio à família da criança com pneumonia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Ministério da Saúde; 2002.

SURDEZ-PÉREZ, E. G.; SANDOVAL-CARAVEO, M. D. C.; LAMOYI-BOCANEGRA, C. L. Satisfação estudantil na avaliação da qualidade educativa universitária. **Educación y educadores**, v. 21, n. 1, p. 9-26, 2018.

SWEARINGEN, C.; SIMPSON, P.; CABACUNGAN, E.; COHEN, S. Social disparities negatively impact neonatal follow-up clinic attendance of premature infants discharged from the neonatal intensive care unit. **Journal of Perinatology**, v. 40, n. 5, p. 790-797, 2020.

VIEIRA, D. S.; SANTO, N. C. C. B.; NASCIMENTO, J. A.; COLLET, N.; TOSO, B. R. G. O.; REICHERT, A. P. S. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 4, e4890017, 2018.

VIERA, C. S.; PANCIERI, L.; SILVA, R. M. M.; WERNET, M.; GAIVA, M. A. M.; MELLO, D. F. Individual, Social and Institutional Vulnerabilities in the Premature Infant Care at Home. **Qualitative Report**, v. 27, n. 2, p. 414, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Improving early childhood development**: WHO Guideline. Geneva: 80P, 2020.

WYSOCKI, A. D.; PONCE, M. A. Z.; BRUNELLO, M. E. F.; BERALDO, A. A.; VENDRAMINI, S. H. F.; SCATENA, L. M.; NETTO, A. R.; VILLA, T. C. S. A Primary

Health Care and tuberculosis: services evaluation. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 161-175, 2017.

YAKUWA, M. S. **Vigilância à saúde de crianças nascidas pré-termo**: experiências de enfermeiros da estratégia saúde da família. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2015.

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R.; ALVES, A. P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 3, p. 16-16, 2017.

ZARILI, T. F. T.; CASTANHEIRA, E. R. L.; NUNES, L. O.; SANINE, P. R.; CARRAPATO, J. F. L.; MACHADO, D. F.; RAMOS, N. P.; MENDONÇA, C. S.; NASSER, M. A.; ANDRADE, M. C.; NEMES, M. I. B. Técnica Delphi no processo de validação do Questionário de Avaliação da Atenção Básica (QualiAB) para aplicação nacional. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e190505, 2021.

ZILLY, A.; SILVA, R. M. M. Saúde pública na região da fronteira Brasil Paraguai-Argentina. **São Carlos: Pedro & João Editores**, 2022.

APÊNDICE I – Carta-convite para juízes

Este convite poderá ser enviado por *e-mail* aos profissionais pré-selecionados

CONVITE PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Validação do instrumento para avaliar a qualidade do seguimento da saúde da criança prematura na atenção primária: Qualiprematuro”. O(a) senhor(a) foi escolhido(a) por ser enfermeiro(a) e ter experiência com pesquisas relacionadas à saúde do recém-nascido e da criança.

A pesquisa tem por objetivo validar um guia avaliativo da qualidade do seguimento da saúde da criança prematura no âmbito da atenção primária.

Se tiver interesse em participar da pesquisa, clique aqui [link do questionário] e você será direcionado(a) para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que contém mais informações sobre a pesquisa e que deverá ser assinado em duas vias.

A participação será por meio de um guia avaliativo com 65 itens a serem respondidos após serem validados por profissionais de saúde que atuam em serviços de APS.

Caso, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, decidir participar do estudo, responda à pergunta: concorda em participar da pesquisa? Ao responder (Sim), o(a) senhor(a) será direcionado(a) para o questionário. O tempo médio de resposta e de participação é de 30 dias.

Agradecemos o seu tempo e atenção.

Equipe de pesquisa.

APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa “Validação do instrumento para avaliar a qualidade do seguimento da saúde da criança prematura na atenção primária: Qualiprematuro”, coordenado pela Profa. Rosane Meireunhak Silva.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que tem a função de proteger eticamente o participante.

Esse estudo tem por objetivo validar um instrumento de avaliação da qualidade do seguimento da saúde da criança prematura no âmbito da atenção primária em região de fronteira.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa por ter especialização e/ou experiência em prematuros. A sua participação consistirá em responder algumas perguntas e/ou conversar com a pesquisadora a respeito do seu atendimento e suas perspectivas. A pesquisa terá várias etapas, e todo o processo durará 30 dias.

Você não terá nenhum gasto. Não haverá remuneração pela sua participação, que é voluntária e não obrigatória.

Você estará livre para decidir se quer ou não participar em qualquer uma das duas etapas e para retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado(a) de forma alguma caso não queira participar, mesmo que já tenha começado a responder às perguntas tanto na primeira como na segunda fase. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações apresentadas. Qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados, e o material ficará armazenado em local seguro.

Os riscos dessa pesquisa serão voltados à possibilidade da quebra de confidencialidade. Porém será assegurada a privacidade e a confiabilidade dos dados em todas as fases do processo, seja no hospital ou na visita domiciliar, limitando o acesso das informações à pesquisadora e à equipe já definida.

Para que a equipe participante da pesquisa tenha acesso às informações contidas nesse estudo, serão utilizadas decodificações dos respondentes para que não sejam identificados. Esses profissionais estarão livres para desistir de cooperar a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo.

Casose sinta desconfortável, cansada(o) ou constrangida(o), há a opção de interromper a entrevista a qualquer momento. Os participantes não terão nenhum gasto com o estudo e não serão remunerados.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre o estudo, o que poderá ser feito por meios de contato descritos neste termo. Ao final, todo o material será mantido em arquivo por pelo menos cinco anos conforme a resolução 466/2012 e as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informamos ainda que os resultados dessa pesquisa têm objetivos acadêmicos/científicos e serão divulgados em trabalhos acadêmicos e em artigos científicos e disponibilizados para os gestores de saúde.

Caso você queira se comunicar com a pesquisadora e assistentes, estes são os endereços:

Foz do Iguaçu: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu, Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Jardim Universitário, 85851-100. Contato: Rosane Meire Munhak da Silva, telefone/WhatsApp: (45) 99105-9678.

Caso precise informar algum fato decorrente da sua participação ou se sinta desconfortável para procurar o pesquisador, poderá acionar o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 8h às 15h30, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado à Rua Universitária, 1619, Bairro Universitário, Cascavel - PR. Se preferir, pode entrar em contato via internet, pelo *e-mail*: cep.prppg@unioeste.br, ou pelo telefone do CEP: (45) 3220-3092.

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados dessa pesquisa serão confidenciais. Esse documento que você vai assinar contém duas páginas e deverá ser assinado com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Esse documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma é sua, e a outra, do pesquisador. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

“Declaro que concordo em participar deste estudo, das duas fases previstas, mas estou ciente que posso desistir a qualquer momento. Recebi uma cópia desse Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.”

Foz do Iguaçu, __/__/2023.

APÊNDICE III – Guia avaliativo de avaliação dos juízes

Prezados juízes,

Este guia avaliativo foi organizado em cinco domínios para o(a) senhor(a) analisar perguntas e respostas a serem realizadas aos profissionais de saúde de serviços de Atenção Primária à Saúde com o propósito de avaliar a qualidade do seguimento à saúde da criança prematura, denominado Instrumento Qualiprematuro.

Por favor, responda todas as perguntas. Se o(a) senhor(a) não estiver seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parecer mais apropriada. Por favor, assinalar com **X** no item *concordo*, *concordo parcialmente* ou *discordo*. Caso sua resposta for diferente de *concordo*, peço-lhe por favor para escrever uma sugestão para dar maior clareza ao texto. Ao final de cada domínio, há uma interpretação da somatória dos escores. Leia e, caso tenha alguma sugestão para alterá-la, pode, por gentileza, reescrevê-la. Sua avaliação será muito importante para nós!

Agradeço imensamente sua participação.

Domínio I - Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados				
1) Os profissionais de saúde desta unidade são comunicados sobre a alta hospitalar da criança prematura? (1) Não são comunicados; (2) Apenas são comunicados após a alta acontecer; (3) Às vezes são comunicados antes da alta acontecer; (4) Sempre são comunicados antes da alta acontecer	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
2) Qual a forma de comunicação sobre a alta hospitalar da criança	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES

<p>prematura?</p> <p>(1) Nenhuma comunicação; (2) Informal, por amigos, familiares, vizinhos e outros; (3) Comunicação por mensagem de texto ou por telefone; (4) Existe o protocolo de planejamento da alta hospitalar, onde a comunicação está prevista</p>				
<p>3) Os profissionais de saúde desta unidade participam do planejamento da alta da criança prematura?</p> <p>(1) Não participam; (2) Não participam, mas são comunicados; (3) Às vezes participam; (4) Sempre participam</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>4) Os profissionais participam da elaboração do plano de cuidados do prematuro para o domicílio?</p> <p>(1) Não sabe se é realizado; (2) É elaborado o plano de cuidados, sem sua participação; (3) Às vezes participam; (4) Sempre participam ativamente do plano de cuidados</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>5) Na elaboração do plano de cuidados para o domicílio, é levado em consideração o ambiente em que a criança vive em família e em comunidade?</p> <p>(1) Não é elaborado; (2) Plano de cuidados elaborado apenas pela equipe hospitalar; (3) Não consideram o ambiente familiar e comunitário;(4) Todos os aspectos são considerados</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>6) Na elaboração do plano de cuidados domiciliar para o prematuro</p> <p>(1) Não tem plano de cuidados; (2) Tem plano de cuidados, mas não participam da elaboração; (3) Fornecem informações, mas não participam;(4) Há trocas de informações entre as equipes do hospital e da atenção primária</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>7) É trabalhado o histórico da hospitalização da criança</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES

<p>prematura?</p> <p>(1) Não há informações sobre histórico de hospitalização; (2) Há um encaminhamento para o serviço sem detalhes;</p> <p>(3) Encaminhamento por escrito como histórico; (4) Há prontuário eletrônico compartilhado entre os serviços</p>				
<p>8) Antes da alta hospitalar, os cuidadores são orientados sobre necessidades da criança prematura em domicílio?</p> <p>(1) Não sabe responder; (2) Não são orientados e não praticam os cuidados; (3) Recebem treinamento um pouco antes da alta; (4) O cuidador foi inserido nos cuidados durante a hospitalização</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>9) Antes da alta, os cuidadores são orientados sobre atendimentos ambulatoriais da criança prematura?</p> <p>(1) Não sabe responder; (2) Cuidador tem dúvidas sobre os atendimentos após alta; (3) Cuidador tem dúvidas, orientações fornecidas apenas no dia da alta; (4) Cuidador mostra segurança pelas orientações oportunas no hospital</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>10) Antes da alta hospitalar, as condições emocionais do cuidador principal foram observadas e avaliadas?</p> <p>(1) Não sabe informar;(2) São observadas pela equipe hospitalar e não compartilhadas; (3) São observadas/avaliadas pelo hospital ou rede básica; (4) São observadas, avaliadas e compartilhadas entre equipes hospitalar e da rede básica</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>11) A criança prematura recebe alta com a consulta agendada na unidade de saúde próxima à sua casa?</p> <p>(1) Não há agendamento e cuidador precisa procurar a unidade; (2) Cuidador recebe encaminhamento para</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES

agendar; (3) Alta com a consulta de enfermagem agendada; (4) Alta com consulta médica e de enfermagem agendadas				
<p>As respostas permitirão as seguintes interpretações: Inadequado (pontuação 11 a 21), presumindo que o processo de alta hospitalar da criança prematura precisa ser reestruturado, considerando a existência de lacunas do serviço hospitalar e da rede básica na APS; Regular (pontuação 22 a 32), em que o planejamento da alta hospitalar é realizado de forma mediana, e as equipes hospitalar e da rede básica podem melhorar a organização do processo para potencializar a saúde e o desenvolvimento infantil; Bom (pontuação 33 a 43), quando o planejamento da alta hospitalar é realizado e pode avançar; e Excelente (pontuação 44) quando o planejamento da alta hospitalar é plenamente realizado com excelência.</p>				
<p>Sugestão:</p>				

Domínio II - Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento				
<p>12) São realizadas Visitas domiciliares à criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Para algumas crianças prematuras com longos períodos de hospitalização; (3) Para as crianças prematuras com necessidades de atenção especial de saúde; (4) Para todas as crianças prematuras</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>13) Quais profissionais realizam Visitas Domiciliares para a criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Somente o Agente Comunitário de Saúde; (3) Agente Comunitário de Saúde e o(a) enfermeiro(a); (4) Equipe multidisciplinar</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>14) Quando a criança prematura chega em casa, quantos dias leva para a primeira Visita Domiciliar? (1) Não são realizadas; (2) Primeiro mês; (3) Aproximadamente 15 dias; (4) Na primeira semana após a alta</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>15) Qual o intervalo estabelecido entre as Visitas Domiciliares para a criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Realizada quando há falta na puericultura e vacinação; (3) Intervalo de um mês; (4) Visitas quinzenais até completar 40 semanas e mensal até completar um ano de idade</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES

<p>16) Visitas Domiciliares são embasadas em protocolos previamente estabelecidos?</p> <p>(1) Não são realizadas; (2) Não há definição de ações e ou com base em protocolos; (3) Ações apenas definidas no dia de sua realização; (4) Há protocolos para a visita domiciliar</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>17) Há treinamentos e ou capacitação da equipe para as Visitas Domiciliares?</p> <p>(1) Não são realizadas; (2) Nunca houve capacitação profissional; (3) São repassadas orientações pontuais; (4) Há capacitação para equipe multiprofissional</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>18) É disponibilizado à família de crianças prematuras o teleatendimento?</p> <p>(1) Não disponibilizado; (2) Com a recepção para agendar consultas; (3) Disponibilizado em horários determinados pelo serviço de saúde; (4) Disponibilizado quando a família necessita e/ou a equipe analisa situação necessária dele</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>19) Sobre o teleatendimento, quais profissionais estão disponíveis para atender a família da criança prematura?</p> <p>(1) Não disponibilizado; (2) Apenas o(a) recepcionista; (3) Apenas o(a) enfermeiro(a); (4) Equipe multidisciplinar</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>20) Há treinamentos e ou capacitação da equipe profissional para o teleatendimento?</p> <p>(1) Não é realizado; (2) Nunca houve capacitação profissional; (3) São repassadas orientações pontuais; (4) Há capacitação para equipe multiprofissional</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>21) Nas Visitas Domiciliares ou nos teleatendimentos, qual o foco das ações contempladas?</p> <p>(1) Não realizados; (2) O cuidado da criança prematura; (3) O cuidado da criança prematura e de sua família; (4) O cuidado da criança prematura, da família e do ambiente/contexto em que estão inseridos</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>22) Após a visita domiciliar e ou teleatendimento, como as ações em saúde são definidas?</p> <p>(1) Não são realizados; (2) Ações individuais entre família e profissional; (3) Há pouco compartilhamento das ações; (4) Ações são compartilhadas/discutidas com a equipe multidisciplinar para direcionar o cuidado</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>As respostas permitirão as seguintes interpretações: Inadequado (pontuação 11 a 21), em que o seguimento domiciliar precisa ser reestruturado, pela existência de lacunas na rede da APS, fragilizando o exercício do cuidado da criança em</p>				

domicílio, seguimento da saúde familiar e os fatores que prejudicam o desenvolvimento infantil ficarem desconhecidos; Regular (pontuação 22 a 32), o seguimento domiciliar é realizado de forma mediana e pode melhorar a organização do processo; Bom (pontuação 33 a 43), o seguimento domiciliar é realizado; Excelente (pontuação 44), denota que o seguimento domiciliar é realizado plenamente com excelência.
Sugestão:

Domínio III - Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos				
23) Quando ocorre o primeiro atendimento de puericultura da criança prematura? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Um mês após a alta e ou nascimento - caso não hospitalizada; (3) Em 15 dias após chegar em casa; (4) Na primeira semana após chegar em casa	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
24) Como é realizado o agendamento da puericultura do prematuro? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Precisa ligar ou ir na unidade de saúde; (3) Precisa ligar ou ir na unidade de saúde, considerada prioritária; (4) A criança já sai do hospital com a consulta de puericultura agendada	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
25) A consulta de puericultura do prematuro será com quais profissionais? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Com o(a) enfermeiro(a); (3) Com o médico pediatra/clínico geral; (4) As consultas são intercaladas com a equipe multidisciplinar	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
26) Qual o intervalo preconizado das consultas de puericultura? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Mensal e em condições vulneráveis quinzenal; (3) Semanal até completar 40 semanas, depois mensais no primeiro ano; (4) Semanal até completar 40 semanas, mensais no primeiro ano e em situações vulneráveis intervalo é reduzido	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
27) Até quando a puericultura da criança prematura é realizada? (1) Até completar um ano de vida no serviço especializado; (2) Até completar dois anos de vida; (3) Até completar seis anos de vida; (4) Até o início da puberdade/adolescência	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES

<p>28) O que é realizado para o seguimento do crescimento (peso, estatura e perímetro cefálico) do prematuro? (1) Não verificados: peso, estatura e perímetro cefálico; (2) Realizados controles, sem utilizar gráficos de crescimento (3) Realizados controles com gráficos gerais; (4) Realizados controles e utilizados os gráficos para prematuros</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>29) Em que a puericultura do prematuro está embasada? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Na experiência profissional, não há protocolos; (3) Há protocolos gerais disponíveis; (4) Há protocolos específicos para prematuros, disponíveis e adaptados conforme cada realidade</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>30) Há treinamentos e ou capacitação dos profissionais para a puericultura do prematuro? (1) Não foram realizados; (2) Realizadas capacitações para puericultura de forma geral; (3) Realizadas orientações gerais sobre as especificidades do prematuro; (4) Realizadas capacitações para a puericultura do prematuro</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>31) É realizada a estratificação de risco da criança que nasceu prematura? (1) Nunca é feita; (2) Toda prematuro é estratificado de alto risco; (3) Entre os prematuros são estratificadas as crianças de risco individual; (4) Entre os prematuros são estratificadas as crianças com risco individual, familiar e social</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>32) O que é realizado na puericultura para o seguimento do crescimento e desenvolvimento do prematuro? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Avaliação do crescimento e desenvolvimento com base no exame clínico e imunização conforme o Programa Nacional de Imunização; (3) Avaliação do crescimento e desenvolvimento baseada no exame clínico e esquema vacinal diferencial; (4) Avaliação do crescimento e desenvolvimento com base no exame clínico, ferramentas de triagens para identificar risco, e esquema vacinal diferencial para o prematuro</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES

<p>33) O que incluem os acompanhamentos de saúde do prematuro pela equipe interdisciplinar?</p> <p>(1) Não são realizados acompanhamentos especializados, apenas quando há problema de saúde; (2) São disponibilizados os acompanhamentos com os profissionais da unidade de saúde e os demais profissionais quando a criança apresenta problema de saúde; (3) São disponibilizadas avaliações de profissionais especializados (inseridas na fila de espera), da área: fonoaudiologia, oftalmologia, neurologia e cardiologia; (4) São disponibilizados avaliações ainda no primeiro ano por profissionais especializados, da área: fonoaudiologia, oftalmologia, neurologia e cardiologia.</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>34) A família reconhece os sinais de alerta de agravos à saúde da criança prematura?</p> <p>(1) Não sei informar; (2) Não reconhecem os sinais de alerta; (3) Reconhecem parcialmente sinais de alerta; (4) Famílias orientadas a reconhecer sinais de alerta</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>As respostas permitirão as seguintes interpretações: Inadequado (pontuação 12 a 23), o seguimento da saúde da criança prematura precisa ser reestruturado, a (des)assistência na APS poderá fragilizar a promoção da saúde e a prevenção de agravos, que comprometem a saúde e o desenvolvimento infantil; Regular (pontuação 24 a 35), o seguimento da saúde é realizado de forma mediana e as equipes na rede da APS podem melhorar a organização do processo; Bom (pontuação 36 a 47), o seguimento da saúde é realizado; Excelente (pontuação 48), o seguimento da saúde criança prematura é realizado plenamente com excelência.</p>				
<p>Sugestão:</p>				

Domínio IV - Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado				
<p>35) Como é o sistema de referência para a atenção da criança prematura?</p> <p>(1) Não há referência; (2) Sistema de referência lento, com longas filas de espera; (3) Sistema de referência prioriza o atendimento do prematuro; (4) Sistema de referência ágil e troca informações entre as esferas de atenção à saúde</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>36) Como é a contrarreferência para a atenção da criança prematura?</p> <p>(1) Não existe; (2) Existe, mas insipiente e dependente da atitude de cada profissional; (3) Existe, mas burocratizado, com pouca devolutiva para a rede básica; (4) É integrado e com trocas de informações entre as esferas de atenção</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES

<p>37) É trabalhado o histórico de saúde e doença da criança prematura? (1) O cuidador precisa contar o histórico à cada novo profissional; (2) Há descrição do problema e demandas no encaminhamento; (3) Elaborado um relatório detalhado por escrito; (4) Há prontuário eletrônico integrado na rede</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>38) Há integração entre unidade de saúde e instituição educacional que a criança prematura frequenta? (1) Não há; (2) Somente quando ocorre algum problema com a criança na escola; (3) Conhecem a escola das crianças com alterações físicas e comportamentais; (4) Há integração com a escola com informações atualizadas no prontuário</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>39) Há estratégias de acompanhamento da criança prematura entre os serviços de saúde e educação? (1) Não há; (2) Para crianças com diagnóstico de atraso no desenvolvimento; (3) Quando é detectado atraso no desenvolvimento; (4) Há integração e elaboradas estratégias conjuntas para estimular o desenvolvimento do prematuro</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>40) Há reuniões para discutir casos e instrumentalizar os profissionais da educação sobre a criança prematura? (1) Não há; (2) Há troca de informações em situações de urgência; (3) Há troca de informações sobre alterações físicas e comportamentais; (4) São compartilhadas informações e realizados treinamentos para os profissionais da educação</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>41) Em situação aguda, a família sabe qual serviço procurar? (1) Não sei informar; (2) Não sabe qual serviço procurar; (3) Buscam a Unidade de Pronto Atendimento; (4) As famílias sabem quais serviços de saúde estão disponíveis para o atendimento da criança prematura</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>42) Se a família precisar de atendimento psicológico, existe o serviço disponível e as famílias o conhecem? (1) Não sei informar; (2) Não há serviço de psicologia disponível; (3) Tem o serviço de psicologia, mas as famílias não o procuram; (4) Serviço de psicologia está disponível e as famílias o conhecem</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES

<p>43) É realizada a estratificação da criança prematura de risco para complicações tardias?</p> <p>(1) Não é realizada; (2) Tratamento e acompanhamento é direcionado somente com diagnóstico de complicações; (3)Estratificação de risco é feita e há longas filas de espera para o atendimento especializado; (4) Estratificação de risco é feita e há encaminhamentos adequados para os atendimentos necessários, em tempo oportuno</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>44) Há protocolos para avaliação oftalmológica da criança prematura?</p> <p>(1) Não é realizada; (2) Todos os prematuros são inseridos na fila de espera para avaliação oftalmológica; (3) Encaminhamento na primeira consulta de puericultura (peso $\leq 2000g$ e ou idade gestacional <32 semanas); (4) Na alta hospitalar tem agendada avaliação oftalmológica (peso ao nascer $\leq 2000g$ e ou idade gestacional <32 semanas)</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>45) Como é o andamento da avaliação oftalmológica das crianças com peso ao nascer $\leq 2000g$ e ou idade gestacional <32 semanas?</p> <p>(1) Apenas com diagnóstico de alterações visuais; (2) Fila de espera, mínimo um ano de espera; (3) Fila de espera, geralmente nos primeiros meses da criança; (4) Cerca de 15 dias após a alta ocorre a avaliação (triagem – estrabismo, nistagmo e erros de refração)</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>46) Há protocolos para avaliação neurológica e/ou cardiológica da criança prematura?</p> <p>(1) Não é realizada; (2) Encaminhamento se houver diagnóstico de alterações neurológicas e/ou cardiológicas; (3) Todo prematuro fica na fila de espera; (4) Realizada ecotransfontanelar e/ou ecocardio na hospitalização da criança e, caso apresente quaisquer alterações, recebe alta com encaminhamento para as especialidades</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>47) Como é o andamento da avaliação neurológica e/ou cardiológica da criança prematura?</p> <p>(1) Apenas com diagnóstico de alterações; (2) Fila de espera, geralmente, com mais de um ano de espera; (3) Fila de espera, geralmente, em até um ano de espera; (4) É realizada em, aproximadamente, três meses após a alta hospitalar</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES

<p>48) Há protocolos para avaliação comportamental da criança prematura?</p> <p>(1) Não é realizada; (2) Avaliação realizada apenas com base na percepção profissional em atendimentos; (3) Avaliação realizada com base na percepção da equipe multidisciplinar; (4) Avaliação realizada com base na percepção da família, dos profissionais de saúde e da educação</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>49) Há avaliação da psicologia infantil para a criança prematura?</p> <p>(1) Não sabe se existe esse atendimento; (2) Não existe esse atendimento; (3) Para crianças com alterações, essas são inseridas na fila de espera; (4) Todas as crianças recebem uma avaliação no primeiro ano para triagem de problemas</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>50) Há protocolos para avaliação psicomotora da criança prematura?</p> <p>(1) Apenas com diagnóstico de alterações; (2) Há fila de espera para ser avaliada por um fisioterapeuta; (3) Avaliação de fisioterapia no primeiro ano e, se alterações, entra na fila de espera para iniciar atendimentos; (4) Avaliação de fisioterapia no primeiro ano de vida e, se alterações, são iniciados os atendimentos</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>51) Como é o andamento para atender a criança prematura em caso de necessitar órtese ou prótese?</p> <p>(1) Não fornecida; (2) Encaminhada ao serviço especializado e o processo é lento; (3) Encaminhada ao serviço especializado e leva menos de três meses; (4) Encaminhada ao serviço especializado e leva menos de 30 dias</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>52) Como é o andamento para a avaliação fonoaudiológica de triagem auditiva da criança prematura?</p> <p>(1) Não sabe se existe essa avaliação; (2) Não existe essa avaliação na rede de atenção à saúde; (3) Há fila de espera e o atendimento é demorado; (4) Há avaliação preventiva no primeiro ano de vida</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES

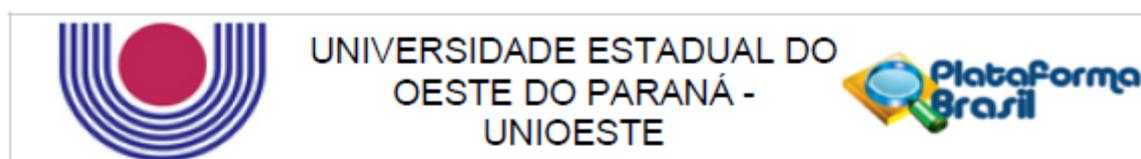
<p>53) Há integração entre unidade de saúde e instituição de ensino e pesquisa? (1) Não existe integração; (2) Apenas recebem alunos de graduação para estágios em saúde da criança; (3) Recebem alunos de graduação/pós-graduação para estágios e suas pesquisas em saúde da criança; (4) Recebem alunos de graduação/pós-graduação/pesquisadores para estágios, pesquisas e integração de saberes</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>As respostas permitirão as seguintes interpretações: Inadequado (pontuação 19 a 37), a integração entre os serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado à criança prematura precisa ser construída, considerando a fragilidade das diversas esferas; Regular (pontuação 38 a 56), a integração entre os serviços acontece parcialmente, problemas passíveis de prevenção deixarão de ser diagnosticados em tempo oportuno e o tratamento e/ou acompanhamento não será adequado; Bom (pontuação 57 a 75), existe uma integração que pode avançar; Excelente (pontuação 76), a integração é realizada plenamente com excelência.</p>				
<p>Sugestão:</p>				

Domínio V - Apoio e suporte familiar para o cuidado				
<p>4) O serviço de saúde oferece suporte à família para o cuidado da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem apoio familiar e o serviço não pode oferecer suporte para o cuidado; (3) Não tem apoio familiar e o serviço pode oferecer suporte; (4) Há fonte de apoio familiar e suporte do serviço para o cuidado</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>55) No bairro domiciliar, há apoio comunitário e suporte à família para o cuidado da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem apoio comunitário e o serviço não pode oferecer suporte para o cuidado; (3) Não tem apoio comunitário e o serviço pode oferecer suporte; (4) Há uma fonte de apoio comunitário e suporte do serviço para o cuidado</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>56) Existem profissionais de saúde que podem apoiar à família no cuidado do prematuro? (1) Não sei informar; (2) Não tem; (3) Existem profissionais de saúde que colaboram no cuidado de vez em quando; (4) Há fonte de apoio profissional para o cuidado</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES

<p>57) É de conhecimento do serviço de saúde se a estrutura do domicílio oferece segurança (ambiente salubre) e acomodações adequadas para a criança prematura?</p> <p>(1) Não sei informar; (2) Somente o Agente Comunitário de Saúde conhece o domicílio; (3) Serviço de saúde conhece a estrutura domiciliar, mas não pode colaborar com melhorias ou adaptações; (4) Serviço de saúde conhece a estrutura domiciliar e colabora com a adaptação do ambiente seguro</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>58) Há na comunidade um contexto acolhedor e capaz de estimular o desenvolvimento da criança prematura?</p> <p>(1) Não sei informar; (2) Comunidade pouco acolhedora e serviço não pode colaborar com isso; (3) Comunidade pouco acolhedora e serviço de saúde tenta buscar parcerias comunitárias; (4) Comunidade é acolhedora e desenvolve estratégias que contribuem para o desenvolvimento infantil</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>59) O serviço de saúde e ou comunidade oferece assistência social às famílias da criança prematura?</p> <p>(1) Não sei informar; (2) Não oferece; (3) Oferece, mas é difícil conseguir atendimento; (4) Oferece e as família conseguem acessar o serviço em tempo oportuno</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>60) Quando as famílias precisam de auxílio para manter condições básicas, há suporte de assistência social?</p> <p>(1) Não sei informar; (2) Não há suporte e apoio de assistência social; (3) Não há condições de oferecer suporte e apoio, mas a comunidade ajuda as famílias; (4) Há suporte e apoio de assistência social às famílias de prematuros</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>61) As famílias estratificadas como vulneráveis são acompanhadas pelo serviço social da sua comunidade?</p> <p>(1) Não sei informar; (2) Não são acompanhadas; (3) São acompanhadas, mas de forma parcial; (4) São acompanhadas de forma eficiente</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>62) São oferecidas orientações a respeito dos direitos da criança e da família na comunidade?</p> <p>(1) Não sei informar; (2) Não são oferecidas; (3) São oferecidas poucas orientações e as famílias precisam de ajuda para requerer seus direitos; (4) São oferecidas orientações oportunas sobre os direitos da criança e da família</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES

<p>63) Há serviço de farmácia popular e ou gratuita para dar suporte às famílias?</p> <p>(1) Não sei informar; (2) Não tem, a família precisa comprar; (3) Não tem nessa região de saúde, as famílias são encaminhadas para outros bairros; (4) Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>64) Há serviço de transporte sanitário para o seguimento à saúde da criança prematura?</p> <p>(1) Não sei informar; (2) Não tem, a família precisa arrumar o transporte particular; (3) Não tem nessa região, as famílias precisam usar o serviço de outras áreas e é demorado; (4) Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>65) Em caso de necessidade de complemento nutricional, há serviço gratuito para dar o suporte às famílias?</p> <p>(1) Não sei informar; (2) Não tem, a família precisa comprar; (3) Não tem nessa região, as famílias são encaminhadas para adquirir o complemento nutricional; (4) Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias</p>	CONCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO	SUGESTÕES
<p>As respostas permitirão as seguintes interpretações: Inadequado (pontuação 12 a 23), a família da criança prematura não dispõe de apoio e suporte familiar, comunitário e profissional, impactando nos cuidados básicos e de saúde da criança; Regular (pontuação 24 a 35), os cuidadores parentais recebem parcialmente apoio e suporte familiar, comunitário e profissional para o exercício do cuidado no domicílio; Bom (pontuação 36 a 47), os cuidadores parentais recebem apoio e suporte e o cuidado pode avançar mais; Excelente (pontuação 48), há apoio e suporte plenos e com excelência.</p>				
<p>Sugestão:</p>				

ANEXO I – Parecer substanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação de instrumento para avaliar a qualidade do seguimento da saúde da criança prematura na atenção primária: Qualiprematuro

Pesquisador: Rosane Meire Munhak da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66706622.3.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.910.255

Apresentação do Projeto:

Propõe-se realizar um estudo metodológico, utilizando-se como ferramenta a Técnica Delphi para validação do instrumento intitulado "Qualiprematuro", junto a juizes, com expertise na área da saúde da criança. De acordo com Zarili (2021), a Técnica Delphi permite construir e validar informações por meio de consenso de especialistas, realizados em rodadas sucessivas. O referido instrumento envolve um questionário com 65 itens que deverá ser respondido, após sua validação, por profissionais de saúde (enfermeiros ou médicos), que atuam em serviços de APS. A primeira versão está organizada em cinco domínios, com a finalidade de abranger elementos que qualificam o seguimento da saúde da criança que nasceu prematura (SILVA; MELLO, 2022).

Cenário da pesquisa: Secretaria Municipal de Saúde de Fóz do Iguaçu-Pr.

Período de coleta de dados: Prevista a primeira rodada de envio do questionário acontecer no mês de fevereiro de 2023 e a segunda no mês de abril de 2023

Objetivo da Pesquisa:

Validar o instrumento de avaliação da qualidade do seguimento da saúde da criança prematura no âmbito da atenção primária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

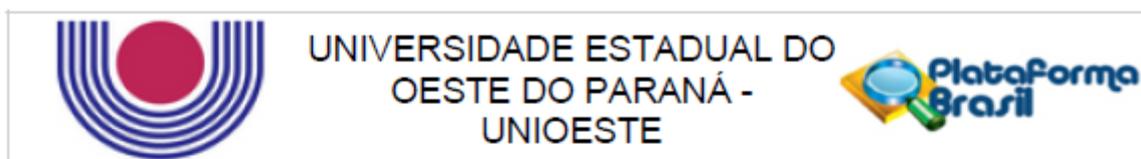
CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.910.255

Riscos:

Os riscos da pesquisa podem incluir a falta de clareza do instrumento por parte dos enfermeiros ao final do projeto. Se ocorrer algum transtorno ao participante desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, *comprovadamente decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Benefícios:

A validação desse instrumento poderá qualificar o seguimento da criança que nasceu prematura nos serviços de APS, bem como, fortalecer a vigilância à saúde e a promoção do desenvolvimento saudável, prevenindo assim, agravos à saúde que levam a mortalidade na primeira infância. Além disso, o instrumento Qualiprematuro, quando validado, poderá ser aplicado a outros cenários, pois poderá evidenciar disparidades assistenciais específicas de cada região, proporcionando estratégias para potencializar a promoção infantil e o acompanhamento da saúde dos prematuros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisas de interesse científico, a qual vai beneficiar o trabalho dos profissionais de saúde que atendem crianças prematuras, bem como melhorar a assistência a essa clientela.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos documentos apresentados

Recomendações:

A pesquisa pode iniciar, sem pendências

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

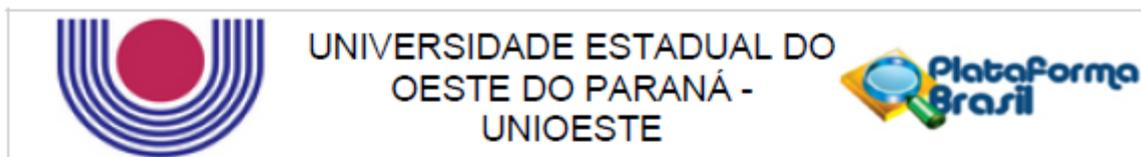
Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2068355.pdf	20/01/2023 09:22:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_validacao.doc	20/01/2023 09:21:44	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619
 Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
 UF: PR Município: CASCAVEL
 Telefone: (45)3220-3092 E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.910.255

Investigador	projeto_validacao.doc	20/01/2023 09:21:44	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceitc
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	20/01/2023 09:21:31	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceitc
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	21/12/2022 08:41:13	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceitc
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisa_nao_iniciada.pdf	20/12/2022 09:07:50	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceitc
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_PMF1.pdf	20/12/2022 09:02:56	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceitc

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 24 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
José Carlos da Costa
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br