

ACOMPANHAMENTO DO PREMATURO NA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU: PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

MONITORING OF PREMATURE INFANTS IN THE THIRD STAGE OF THE KANGAROO METHOD: PERSPECTIVE OF PRIMARY CARE NURSES

ACOMPAÑAMIENTO DEL PREMATURO EN LA TERCERA ETAPA DEL MÉTODO CANGURO: PERSPECTIVA DE ENFERMERAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Rebeca da Silva Araújo¹
Aisiane Cedraz Morais²
Rebeca Pinheiro de Santana Oliveira³
Tayse Barbosa Moura⁴
Dielly de Souza Leitão⁵
Dayane Kelly dos Santos de Cristo Macêdo⁶
Raquel Vieira Farias⁷

Como citar este artigo: Araújo RS, Morais AC, Oliveira RPS, Moura TB, Leitão DS, Macêdo DSC, Farias RV. Acompanhamento do prematuro na terceira etapa do método canguru: perspectiva de enfermeiras da atenção primária. Rev. baiana enferm. 2024; 38: e55245.

Objetivo: descrever o acompanhamento do recém-nascido pré-termo na terceira etapa do método canguru na perspectiva de enfermeiras da Atenção Primária. **Método:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório realizado nas unidades básicas de saúde do município do interior da Bahia, com nove enfermeiras. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada e a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** as enfermeiras compreendem o que é um prematuro superficialmente, porém não entendem exatamente como funciona o Método Canguru. Dentre as facilidades, destaca-se o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde e quanto às dificuldades a que mais prevaleceu foi a fragilidade na referência e contrarreferência. **Considerações finais:** em vista disso, evidencia-se a necessidade da educação permanente para as enfermeiras da Atenção Primária, da sistematização da terceira etapa do Método e da formação profissional para enfermagem no intuito de melhorar a informação a respeito do prematuro, de modo a disseminar conhecimento que favoreça o atendimento a esse público.

Descritores: Cuidado da Criança. Recém-Nascido Prematuro. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Método Canguru.

Autor(a) Correspondente: Rebeca da Silva Araújo, rebecas.araujo@hotmail.com

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2932-2399>.

² Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9547-6914>.

³ Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9967-087X>.

⁴ Hospital Geral Clériston Andrade. Feira de Santana, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8297-9683>.

⁵ Hospital Estadual da Criança. Feira de Santana, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9632-762X>.

⁶ Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil. <https://orcid.org/0009-0008-2763-5598>.

⁷ Hospital Estadual da Criança. Feira de Santana, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0802-7473>.

Objective: to describe the follow-up of the preterm newborn in the third stage of the kangaroo method from the perspective of Primary Care nurses. Method: a qualitative, descriptive and exploratory study conducted in the basic health units of the city in the interior of Babia, with nine nurses. The semi-structured interview and content analysis of Bardin were used. Results: nurses understand what a premature infant is superficially, but do not understand exactly how the Kangaroo Method works. Among the facilities, the help of Community Health Agents stand out, and the difficulties that prevailed most were the fragility in the reference and counter-reference. Final considerations: in view of this, it is evident the need for continuing education for nurses in Primary Care, the systematization of the third stage of the Method and professional training for nursing in order to improve information about the premature child, to disseminate knowledge that favors the service to this public.

Descriptors: Child Care. Premature Newborn. Nursing. Primary Health Care. Kangaroo Method.

Objetivo: describir el acompañamiento del recién nacido pre-término en la tercera etapa del método canguro en la perspectiva de enfermeras de la Atención Primaria. Método: estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio realizado en las unidades básicas de salud del municipio del interior de Babia, con nueve enfermeras. Se utilizó la entrevista semi-estructurada y el análisis de contenido de Bardin. Resultados: las enfermeras comprenden lo que es un prematuro superficialmente, pero no entienden exactamente cómo funciona el Método Canguro. Entre las facilidades, se destaca la ayuda de los Agentes Comunitarios de Salud y en cuanto a las dificultades que más prevaleció fue la fragilidad en la referencia y contrarreferencia. Consideraciones finales: en vista de ello, se evidencia la necesidad de la educación permanente para las enfermeras de la Atención Primaria, de la sistematización de la tercera etapa del Método y de la formación profesional para enfermería con el fin de mejorar la información acerca del prematuro, de modo a diseminar conocimiento que favorezca la atención a ese público.

Descriptores: Cuidado del Niño. Recién Nacido Prematuro. Enfermería. Atención Primaria de Salud. Método Canguru.

Introdução

A prematuridade é a principal causa de morte de recém-nascidos (RN) e crianças menores de cinco (05) anos, representando cerca de um em cada três óbitos neonatais⁽¹⁾. Tal fato é ocasionado por fatores múltiplos e imprevisíveis, que desconsideram lugares e classes sociais, além de impactar na estrutura familiar modificando as expectativas e anseios, e na sociedade por meio do custo social e financeiro. Nesse contexto, compreende-se a necessidade de um acompanhamento minucioso para esses bebês, o qual deve iniciar desde o pré-natal e prolongar até a idade escolar⁽²⁾.

Conforme o novo relatório “*Born too Soon*”, de cada dez (10) bebês nascidos, um⁽⁰¹⁾ é prematuro e a cada 40 segundos um (01) desses morre. Estima-se que nasceram em 2020 cerca de 13,4 milhões de recém-nascidos prematuros (RNPT), com quase um (01) milhão morrendo de complicações prematuras. Outro ponto apresentado envolve questões sociais e ambientais, afirmando que os conflitos, as mudanças climáticas e o *Coronavirus disease 2019* (COVID-19) têm contribuído para o aumento dos riscos

direcionado as mulheres e bebês em todo o mundo⁽¹⁾.

O parto prematuro é um fator de risco para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, pois é responsável pelo estabelecimento de condições crônicas de saúde. Quanto mais prematura ela é, mais apresentará fragilidade clínica e vulnerabilidade social e, conseqüentemente, problemas de crescimento e desenvolvimento além de patologias crônicas^(3,4).

Diante das particularidades encontradas nos RNPT, foi criado em 1979, na Colômbia, o Método Canguru (MC) que, posteriormente, seria implementado no Brasil através do Ministério da Saúde (MS) como política, com o objetivo de humanizar a atenção prestada aos recém-nascidos de baixo peso aumentando o vínculo mãe-filho por meio do contato pele a pele e contribuindo assim, para a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do mesmo⁽⁵⁾.

Esse método é dividido em três etapas, sendo que a primeira tem início no pré-natal com a identificação da situação de risco que mostre

a necessidade de cuidados especializados para a gestante, que podem levar a internação do recém-nascido em uma unidade Neonatal, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo)⁽²⁾.

A segunda etapa ocorre na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), onde a mãe assume a maior parte dos cuidados com seu filho. E a terceira etapa inicia-se com a alta hospitalar e envolve o cuidado com o recém-nascido e sua família no espaço extra-hospitalar, além do acompanhamento ser em parceria entre a maternidade e a Unidade Básica de Saúde⁽²⁾.

O acompanhamento do RNPT deve ser realizado através da correção da idade cronológica em função do grau de prematuridade, a fim de obter um correto diagnóstico do crescimento, identificar de forma precoce alterações no desenvolvimento nos primeiros anos de vida, orientar os pais e reconhecer as necessidades da família através do serviço de *follow-up*. Entretanto, a inexistência desta etapa em diversas Unidades de Saúde de Atenção Primária (AP) contribui para a deficiência na identificação e no cuidado adequado destes recém-nascidos⁽⁶⁾.

Diante disso, delimitou-se como questão norteadora: como acontece o acompanhamento do RNPT pela enfermeira na Atenção Primária (AP) após a alta hospitalar da segunda etapa do Método Canguru? Assim, tem-se como objetivo geral descrever o acompanhamento do recém-nascido pré-termo na terceira etapa do método canguru na perspectiva de enfermeiras da Atenção Primária.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. O cenário do estudo foram as unidades básicas de saúde (UBS) de um município da Bahia, as quais são consideradas a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o primeiro nível de atenção para o acesso a rede de atenção à saúde.

As participantes foram oito (08) enfermeiras e um (01) enfermeiro. Foram incluídas no estudo: enfermeiras com pelo menos seis (06) a 12 meses de atuação na Unidade Básica de Saúde - considerando esse tempo mínimo para que tenham assistido alguma criança prematura - e que aceitem participar voluntariamente do estudo. Os critérios de exclusão foram: estar afastada da assistência, em férias ou licença.

As entrevistas foram agendadas com antecedência por meio de visita da pesquisadora na unidade, momento em que foi apresentada a pesquisa e feito convite para as mesmas.

A coleta de dados ocorreu durante o mês de Abril de 2022 e foram realizadas entrevistas com duração média de 20 minutos, em sala reservada no consultório de enfermagem, em turno vespertino, devido menor fluxo de atendimentos. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, com as seguintes questões norteadoras: fale sobre a consulta de enfermagem para o ACD das crianças? Se essa criança tiver nascido prematura, como você faz? O que você sabe sobre o Método Canguru? Como ocorre o encaminhamento do RNPT da maternidade para a Atenção Primária? Na sua opinião, quais as dificuldades/facilidades para o ACD do RNPT na Atenção Primária?

As entrevistas foram gravadas, mediante a autorização das participantes que concordaram em fazer parte da pesquisa. Após a coleta, as informações foram transcritas e guardadas para análise.

A análise de dados ocorreu por etapas, através da Análise de Conteúdo de Bardin⁽⁷⁾, pela qual emergiram três categorias: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pela enfermeira; acompanhamento do prematuro na Atenção Primária pela enfermeira; (des)continuidade da terceira etapa do método canguru? e facilidades e dificuldades no acompanhamento do RNPT pela Atenção primária.

Após a transcrição, foi realizada a leitura da entrevista para se ter um primeiro contato com os textos com o objetivo de compreender o que as participantes transpassaram em suas falas. Na segunda etapa, ocorreu a separação das ideias

e das frases que apresentaram convergências e divergências das participantes em relação à temática. Na terceira etapa, foi feita a organização e o mapeamento das semelhanças e diferenças das falas das participantes realizando releituras sucessivas das falas das entrevistas, a fim de delinear as primeiras ideias e selecionar as categorias que supostamente responderam às questões da pesquisa.

Este estudo respeitou os princípios éticos adotados pelas Resoluções 466/2012 e 674/2022 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)^(8,9). Assegurou-se, ainda, a não geração de despesa para o SUS e a garantia da não interferência na rotina dos serviços de assistência à saúde, conforme Resolução 580/2018 do CNS⁽¹⁰⁾. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS), com parecer C.A.A.E. 52399021.2.0000.0053. Destaca-se que, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, todas as etapas atendem aos critérios do *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*⁽¹¹⁾.

As participantes foram previamente esclarecidas quanto aos objetivos do estudo e da garantia do anonimato assegurada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizou-se os códigos Enf1, Enf2 e subsequentes e todas tiveram total liberdade para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem nenhuma penalidade, viabilizando assim os princípios da confidencialidade e autonomia.

Resultados

Foram entrevistadas nove (09) enfermeiras, sendo apenas um (01) do sexo masculino e as demais do sexo feminino. A faixa etária predominante neste estudo foi de 26–55 anos. Quanto ao tempo de formação, notou-se que as enfermeiras atuantes possuem em média de 1 a 14 anos de formadas e em relação à existência de pós-graduação, houve uma diversidade de áreas de conhecimento sendo 3 profissionais em Urgência e Emergência, 2 em Saúde do Trabalhador sendo que 1 dessas possui especialização em Saúde

Mental, 1 em Auditoria em Enfermagem e 2 não possuem, evidenciando assim, a inexistência da valorização da qualificação profissional na AB, principalmente no que se refere a atuação da enfermeira pois, observa-se que estas não apresentam qualificação a nível de especialização específica em Saúde da Família ou ao menos em Saúde da Criança.

Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pela enfermeira

Compreender que a saúde da criança deve ser prioridade no serviço é fundamental para que suas necessidades sejam atendidas. Devido a sua vulnerabilidade, este grupo precisa de um olhar holístico, uma escuta ativa, qualificada e acolhedora, com a finalidade de obter um cuidado individualizado e conseqüentemente a formação de vínculo entre a criança e o profissional de saúde.

O olhar para a criança de forma singular e o reconhecimento da sua vulnerabilidade são percebidos frente a necessidade de priorizar o atendimento a criança em detrimento a outras atividades:

Sempre quando eu atendo criança eu sempre digo nesse dia de manhã eu não faço curativo, né? Eu entro na sala, atendo a criança, então as outras coisas eu acho que tem que diferenciar[...]. Então essas crianças precisam de um acolhimento em relação a isso (Enf5).

A rotina de analisar o histórico do nascimento fica evidente nas falas das participantes, sendo considerada a primeira atitude a ser tomada nesse acompanhamento:

A primeira coisa na primeira consulta é buscar o antecedente da gestação. Então, a questão no caso agora da lactante se ela teve algum problema durante a gestação, se teve alguma intercorrência, se foi um pré-natal de alto risco, se não foi um pré-natal de alto risco, quantas semanas o bebê nasceu, como foram os parâmetros de nascimento do bebê, né? (Enf6).

Pergunto a ela onde ela fez o pré-natal, se ela fez comigo e eu já acompanho eu já vou saber. Mas senão eu pergunto, onde foi que você realizou o pré-natal? Você fez todas as consultas? Como foi sua gestação? Eu gosto de perguntar isso nesse primeiro atendimento pra eu saber mais ou menos e a gente conduzir, se teve alguma intercorrência? Ou não? (Enf9).

Após a anamnese, deve-se iniciar o exame físico céfalo-podal, cujo objetivo é avaliar o aspecto geral do RN, presença de reflexos primitivos, somado à avaliação do crescimento e desenvolvimento. Contudo, na prática, o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança (ACD) é focado somente na avaliação das medidas antropométricas evidenciando assim, uma possível padronização no acompanhamento do crescimento, sendo restrito a avaliação destes marcos:

Na puericultura a gente só olha mesmo a questão das medidas, a gente olha as circunferências, o peso, a estatura [...]. Quando você faz a medição que você bota numa balança, que você vê que no gráfico está engordando demais subiu da linha ou desceu demais (Enf2).

Depende de cada mês, por exemplo: a gente olha perímetro cefálico, torácico, abdominal, peso e altura são as medidas que a gente olha na puericultura e é até um ano de idade que a gente faz essas medidas (Enf4).

Acompanhar e agora com aqueles percentis, né? Estatura, peso, perímetro cefálico (Enf6).

Sobre a avaliação do desenvolvimento, apenas em uma única fala nota-se o cuidado em avaliar este indicador, assim como o registro e o acompanhamento da evolução da criança por meio dos gráficos presentes na caderneta da criança:

Também aquelas escalas que a gente usa para ver a questão do crescimento e do desenvolvimento, né? A partir de quanto tempo né? A fala, o olhar, se sustenta a cabeça, se já tem força, né? Nos membros para poder se equilibrar e aí gradativamente dentro das escalas a gente vai acompanhando (Enf5).

Acompanhamento do prematuro na Atenção Primária pela enfermeira: (des)continuidade da terceira etapa do método canguru?

Em se tratando do acompanhamento do RNPT, é importante conhecer o que é um prematuro e as especificidades deste para que se tenha um acompanhamento adequado e, conseqüentemente, um bom desenvolvimento. Compreender que assistir a um RNPT requer muito mais que algumas consultas é fundamental pois, se faz necessário um cuidado multiprofissional para que seja assistido cada uma das particularidades.

Por outro lado, durante este estudo evidenciou-se a incompreensão sobre as condições que podem interferir no desenvolvimento adequado

das crianças na primeira infância, principalmente a respeito do baixo peso:

Não tem como atender um prematuro porque assim, todo prematuro ele já não nasce com o peso adequado. Ele já nasce a depender da quantidade de semanas que tem, né? Que a gente encontra a partir de trinta e sete. Menor que trinta e sete! Aí a gente... ele nunca vai nascer no peso adequado. Então ele nunca vai ter a alta sem estar no peso adequado. Então a gente não acompanha na unidade, não existe a possibilidade de fazer uma puericultura em uma criança de realmente baixo peso (Enf2).

Em relação ao MC, houve um consenso nas falas das enfermeiras sobre este ocorrer apenas no hospital reforçando a ideia antiga do cuidado está centrado a um só nível de atenção:

Eu sei muito pouco porque é bem específico né? Específico também da rede hospitalar. (Enf1).

Eu sei que o método canguru a gente aplica mais no hospital (Enf2).

A limitação do método, a posição canguru, percebida em algumas falas das participantes, o que confirma a falta de discernimento frente a diferenciação de ambos:

É mais um método da mãe, do vínculo, né? Com a mãe e a criança! O contato pele a pele também. E pra ajudar a fortalecer os vínculos, fortalecer até a imunidade da criança. Tudo isso... (Enf1).

Do Método Canguru, tem aquele contato pele a pele e tá sempre próximo da mãe aquele contato, vem aumentar, né? Reduzir a sequela de um parto prematuro dentro da criança, né? você observa muito essa questão, né? Que o retardo é reduzido. Algumas questões são reduzidas com esse contato na materno né? (Enf6).

A respeito do conhecimento sobre as etapas do MC na Atenção Primária, as enfermeiras desconheciam a existência dessas e chegam a afirmar que não realizam na unidade:

Não! Não tenho nem ideia do que seja (Enf1).

Primeiro não aplicamos aqui o Método canguru! (Enf2).

Consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do RNPT

Sobre a consulta propriamente dita dos RNPT, as participantes pontuam sobre a necessidade de conhecer a história do parto e as condições do nascimento para compor a anamnese da criança prematura:

A prematuridade a gente busca saber primeiro o motivo, por que a criança né? Nasceu prematura. Foi, entrou em trabalho antes do tempo? Foi uma gestação de alto risco? Primeiro a gente identifica isso (Enf4).

Então, na consulta primeiro iria saber qual foi a causa da prematuridade. O que foi que houve durante a gestação? Foi um parto de emergência? Por que foi um sangramento? Foi um acidente? Já tem história de parto prematuro? Já tem histórico de algum filho prematuro? Pra entender primeiro qual a questão da prematuridade (Enf6).

Sobre a aplicação da idade corrigida, apenas a Enf4 relata a sua necessidade:

E a criança prematura a gente não pode relacionar a uma criança né? Gestacional normal. Então assim, tem as questões da idade corrigida, que a gente tem que calcular e tem que ter um outro olhar pra criança prematura (Enf4).

Nas falas das enfermeiras ficou evidente a compreensão sobre a necessidade da avaliação e monitoração do crescimento e desenvolvimento do RNPT de forma diferente e mais constante em comparação ao termo. As Enf5 e Enf8 enfatizam o acompanhamento semanal para mensuração do ganho de peso, diferente da Enf9 que não estabelece um período, só que compareça à unidade antes dos 30 dias. Entretanto, nesta pesquisa, em nenhum momento mencionaram a continuidade do ACD em crianças acima dos 12 meses:

Eu já faço semanal porque assim, para buscar esse ganho de peso não tem aquela coisa de vim espaçado de mensal já é ou semanal ou quinzenal. Que é para poder a gente ver se ganhou peso (Enf5).

Ele veio mais vezes na semana, porque a gente notou que ele perdeu peso né? A gente fez o controle do pesinho, mas o atendimento mesmo era mensal pra estar vendo os perímetros, pra estar é assim auxiliando ela nas coisas também (Enf8).

A única coisa de diferença também que eu peço, é que ela vai vir menos de trinta dias. Eu sempre peço para poder estar vindo antes de completar, pra gente ver e realmente acompanhar (Enf9).

Em relação ao conhecimento sobre as particularidades do RNPT, observou-se informações superficiais sobre suas características e em nenhum momento citaram ações complementares para avaliar o andamento do desenvolvimento do bebê. Apenas a Enf. 9 revelou a participação da mãe no cuidado ao RN:

Porque a gente já sabe que o desenvolvimento possa ter algum tipo de retardo, então ela não vai ter um peso ade-

quado pra idade dela, então a gente vai ter que ter um discernimento em ver se ela vai ter o crescimento [...] Ela vai ter um crescimento normal porém inferior ao que seria normal para idade (Enf6).

Oriento a mãe que às vezes quando ela comer vai estar regurgitando um pouquinho mais, por causa do estomagozinho ser menor, então assim algumas coisas também vai depender de como a genitora chega pra mim (Enf9).

Facilidades e dificuldades no acompanhamento do RNPT pela Atenção Primária

No contexto do acompanhamento do RNPT pela Atenção Primária, emergiu as facilidades e dificuldades encontradas pelas profissionais para o mesmo. Entre as facilidades, estão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visto o papel fundamental que exercem e a proximidade destes com a comunidade em cada território:

Com a mãe ainda no puerpério e aí a gente constata, ou muitas vezes também pode ser noticiado através dos ACS né? Ficam sabendo do nascimento até porque a gente pergunta, todo o final de mês a gente pergunta se houve algum nascido vivo na micro área deles e aí a gente pede para acompanhar. Aí ele já vem com a notícia de lá, se é prematuro, se não é, se foi parto cesáreo, se foi o parto natural e já me dá né? As primeiras impressões daquela criança (Enf1).

Ele teve intolerância ao leite, então ele foi e voltou pro hospital e ficou internado. Esse contato foi através do agente comunitário que é a chave principal do nosso trabalho né? Porque assim, a gente trabalha com a área de abrangência então normalmente quando essa mulher tem essa criança, essa família, tem qualquer dificuldade esse agente ele passa na casa. Aí ele sinaliza pra gente (Enf5).

A respeito das dificuldades, houve um consenso em relação a gestão e nas falas das enfermeiras foi possível identificar que a gestão é o principal aspecto desafiador para o ACD do RNPT:

As dificuldades que eu ainda acho é a questão do acolhimento, eu ainda acho que precisa melhorar na rede essa questão né? E tecnologia, em relação a tecnologia dura, assim a balança por exemplo a nossa balança veio chegar atrasada, uma fita para aferir uma medida antropométrica, a gente compra (Enf5).

Que a gente vive passando por uma situação muito né? Difícil ultimamente. Então pra trabalhar está sendo bem complicado, bem complicado... até o básico a gente está pautando hoje no município, então é pra programas mais específicos (Enf1).

Diante das falas, sinaliza-se como entraves para o ACD a falta de materiais básicos, como

balança e a fita métrica, essenciais para o acompanhamento do crescimento físico e o acolhimento adequado.

Outro impasse que envolve a gestão é o fluxo da Rede de Atenção à Saúde que contribui na incapacidade de assegurar a atenção contínua:

A maior dificuldade seria você conseguir fazer a rede realmente fluir(...) O SUS é lindo? É. O SUS é maravilhoso; porém, nem tudo você consegue resolver no prazo ideal para solucionar aquele problema. Apesar de você ter tudo, você não tem tudo no tempo hábil para conseguir resolver. Então talvez é uma coisa que você pudesse retardar ou bloquear termina desenvolvendo outro problema, porque no momento que era pra você interromper vem a parte burocrática (Enf6).

Outra dificuldade refere-se ao relatório de alta hospitalar do RNPT, o qual, por sua vez, é comumente trazido pela mãe na primeira consulta de ACD como mencionado pelas enfermeiras:

Eles geralmente chegam com um relatório de alta e aí a gente na primeira consulta a gente já vê logo tudo que teve na alta né? (Enf7).

Eu só fico sabendo do acompanhamento ou se olhar no prontuário, se o médico descrever o que foi feito, ou se a paciente trouxer e relatar. Nem todo profissional descreve tudo. Então é mais pela boca a boca da mãe né? O que ela me relata ou o que eu vejo em algum relatório, alguma receita médica, né? (Enf4).

Nesse contexto, a Enf8 cita a falha na comunicação entre o hospital e a atenção primária como mais uma dificuldade:

Era bom um feedback do hospital né? Para falar de tudo, ela que falou com a gente que ele nasceu com baixo peso ficou lá, mas aí quando saiu pediu pra estar trazendo aqui na unidade pra gente estar fazendo o acompanhamento. Na ficha de referência só tinha que ele precisaria fazer o acompanhamento com ACD só, só ACD. Ela que falou sobre o peso, da gente está olhando o peso... mas não tem assim muita, muita ligação entendeu? (Enf8).

O atendimento do RN pela equipe multidisciplinar também é um entrave:

E aí o prematuro eles têm um retorno no hospital. Eles fazem um acompanhamento com o pediatra no Hospital. Geralmente lá, não sei em outros hospitais. Aí eles fazem o acompanhamento com o pediatra até certa idade. Faz com neuro e eu acho que com o fono, o fisioterapeuta também lá no hospital (Enf7).

Além daqui eles fazem acompanhamento mensal lá. Aí eles já marcam uma consulta lá, esse mesmo ele tem consulta com o fisioterapeuta, porque ele precisa, porque a respiração dele é dificultada, esse prematuro, ele tem pediatra mensalmente, tem neuro agora ele ia passar pela consulta com neuro já tudo marcado por lá mesmo (Enf8).

Sobre a capacitação dos profissionais a respeito do método canguru, não há uma prática de educação permanente para que aborde essa temática, conforme relata a Enf. 2:

Eu acho que é isso, eu acho que é a falta de... eu não digo conhecimento, porque o básico a gente tem, agora assim é a falta daquele conhecimento mais profundo sobre aquela determinada situação, sabe? Mas sobre prematuridade assim como várias outras é isso, você não tem aquele conhecimento, não tem aquele conhecimento mais profundo de como você vai atender. Você só tem aquele ali, o básico de como você vai direcionar. Você não tem aquele olhar mais crítico, mais profundo! (Enf2).

Discussão

De acordo com os resultados encontrados, em relação ao ACD geral, a Atenção Primária encontra-se apta para realizar tal assistência, inclusive quando relacionamos ao prematuro. No entanto, percebeu-se que as enfermeiras entrevistadas compreendem o que é um prematuro, ainda que esse conhecimento seja superficial ao ponto de não saberem guiar o ACD para esse público e não compreenderem exatamente como funciona o Método Canguru.

Dentre as facilidades destacam-se o auxílio dos ACS no fortalecimento do vínculo; sobre as dificuldades a que mais prevaleceu relaciona-se ao hospital que insere o prematuro no MC, durante as falas notou-se uma fragilidade na comunicação com a AP e no encaminhamento do bebê para a mesma.

O ACD deve ser realizado preferencialmente pela AP por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A consulta de ACD constitui-se um eixo norteador da atenção integral à saúde da criança na atenção primária e deve englobar ações de vigilância em saúde, avaliação dos índices antropométricos, desenvolvimento, imunização e controle dos agravos à saúde, bem como a orientação acerca da alimentação, higiene e o registro sistemático na Caderneta de Saúde da Criança (CSC)⁽¹²⁾.

Em se tratando da consulta de ACD pela enfermagem, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) destaca como um dos seus princípios o acesso universal à saúde, que engloba o acolhimento, a escuta

qualificada, a classificação de risco e vulnerabilidades, o cuidado individualizado e encaminhamentos quando necessário⁽¹²⁾.

A primeira consulta deve iniciar pela anamnese, com investigação das condições do nascimento da criança, como o peso ao nascer, o tipo de parto, índice Apgar, idade gestacional, além dos antecedentes familiares e obstétricos⁽¹³⁾. Assim, observou-se que as enfermeiras enfatizam em sua consulta a necessidade de compreender as condições de nascimento deste RN, bem como a história da gestação, para que se tenha realmente um cuidado individualizado a fim de suprir todas as suas necessidades.

Em relação a avaliação do crescimento, é recomendada a mensuração dos indicadores do crescimento, como estatura, peso, perímetro cefálico (PC), torácico, bem como o fechamento das fontanelas e suturas. O MS considera o peso, a estatura e o PC como medidas básicas a serem avaliadas durante a consulta e como uma forma de acompanhamento desse crescimento, utiliza-se os sistemas de percentil e de desvio padrão (escore Z) encontrados na CSC⁽¹⁴⁾.

A mensuração do perímetro cefálico é muito importante para avaliar a dimensão da cabeça e do cérebro, pois seu pico de crescimento é no período pós-natal de 0 a 24 meses. Mesmo apresentando pequeno desvio padrão e pouca variação a depender da faixa etária, qualquer alteração no PC pode indicar macro ou microcefalia⁽¹⁴⁾.

Sobre a avaliação do desenvolvimento, estudos realizados no Brasil apontaram uma baixa valorização pelas enfermeiras a respeito das informações referentes ao desenvolvimento infantil, esses achados são confirmados pela ausência ou preenchimento incompleto dos registros na CSC^(15,16).

Após a alta hospitalar, o seguimento do cuidado de RNPT será na AP. Sendo recomendado que este seja agendado desde a maternidade, para que este bebê compareça à unidade entre o 3º e o 5º dia⁽¹²⁾. Esse primeiro encontro pode ser realizado pela enfermeira ou pelo médico, este momento visa identificar dificuldades, riscos e vulnerabilidades tanto da mãe quanto do RN,

devendo ser associada com a visita domiciliar para assegurar continuidade do cuidado do binômio mãe e bebê no domicílio⁽¹²⁾.

Foram estabelecidas condições que podem interferir no desenvolvimento adequado das crianças na primeira infância, são elas: situação familiar de risco/vulnerabilidade; família com criança apresentando uma das seguintes condições de risco/vulnerabilidade, ao nascer ou adquiridas posteriormente: RN pré-termo e/ou com baixo peso ao nascer, alto risco se idade gestacional <32 semanas e/ou peso <1.500 g, RN com PC inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e ou com alterações neurológicas do SNC, RN oriundo de internação em unidade neonatal (UTI ou UCI), com condições que caracterizam alto risco ao nascimento: asfixia ao nascer (Apgar <7 no 5º minuto de vida), RN/criança com doença crônica, com múltiplas internações, criança com desnutrição/obesidade, RN/criança com malformação ou deficiência congênita ou adquirida após o nascimento⁽¹²⁾.

Em relação à assistência do RNPT, evidencia-se o método canguru, o qual consiste em uma política pública de saúde que funciona a partir de três etapas, visto que a terceira etapa inicia-se com a alta hospitalar e segue até que a criança obtenha o peso de 2.500 gramas e quarenta semanas de idade gestacional corrigida⁽¹⁷⁾.

Historicamente, este acompanhamento era realizado exclusivamente em ambulatórios de seguimento especializados. Entretanto, desde 2012 o MS vem articulando o atendimento compartilhado com a atenção primária, devido a importância da ESF para promover os cuidados e reduzir a morbimortalidade após a alta⁽¹⁷⁾.

Sobre a compreensão dessa prática, há um reducionismo à posição canguru e neste sentido, é importante diferenciá-los. O primeiro caracteriza-se como uma assistência neonatal que promove o contato pele a pele entre o bebê e a mãe, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado; enquanto a posição canguru consiste em colocar o RN na posição vertical contra o peito materno e envolto por uma faixa, com a finalidade de transmitir calor, promover estímulo

sensorial, oxigenação adequada, diminuição do choro e outros⁽¹⁷⁾.

Embora haja o reducionismo discutido anteriormente, há um breve conhecimento frente os benefícios que essa assistência promove ao binômio, além do aumento do vínculo, como o fortalecimento da imunidade através da amamentação, redução das sequelas causadas pela prematuridade proporcionando um melhor desenvolvimento neuromotor neste RN.

Em relação ao conhecimento sobre as etapas do MC na Atenção Primária, notou-se que as enfermeiras não compreendem o que é o método canguru, quais as etapas que o compõem e, principalmente, as funções da Atenção Primária na terceira etapa. Logo, é visível que as profissionais possuem uma compreensão superficial limitada ao contato pele a pele e manutenção de vínculo, sem distinguir a real finalidade do método que seria a mudança de paradigmas da assistência ao prematuro⁽¹⁸⁾.

Esta incompreensão, relacionada à política pública para assistência ao prematuro, corrobora também com o que foi identificado em um estudo realizado no estado do Pará, o qual apontou em seus achados como resultados desse desconhecimento, a valorização dos cuidados hospitalares, a assistência fragmentada ao prematuro e divergências entre a política e as práticas profissionais⁽¹⁹⁾.

Sobre a consulta propriamente dita dos RNPT, anamnese é fundamental para o seguimento do acompanhamento de RNPT, visto que através dela a enfermeira irá identificar problemas, estabelecer diagnósticos, planejar e implementar a sua assistência.

Durante o acompanhamento do crescimento de crianças com baixo peso ou pré-termos deve-se utilizar tabelas/gráficos próprios ou utilizar as tabelas de peso e altura com correção da idade cronológica até os 2 anos de idade⁽¹²⁾. No entanto, seu uso é mencionada apenas por uma profissional, revelando que muitas enfermeiras podem identificar alterações no desenvolvimento dos prematuros de forma inadequada, o que gera influência negativa nas avaliações e recomendações para o cuidado⁽¹⁶⁾.

Em relação a periodicidade das consultas, o MS aponta que o ideal é que sejam realizadas três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana até que o bebê atinja 2.500g⁽¹⁷⁾.

Para avaliar o andamento do desenvolvimento do bebê, ações complementares podem ser realizadas como o exame neuromotor, a inspeção e observação do comportamento do bebê, a regulação dos estímulos sensoriais e a avaliação auditiva e visual⁽¹³⁾. Essas falas revelam que algumas enfermeiras percebem as particularidades do RNPT, ainda que na prática tenham dificuldade de implementar uma assistência específica para os mesmos.

No contexto do acompanhamento do RNPT pela Atenção Primária, destaca-se como facilidades os ACS, visto o papel fundamental que exercem e a proximidade destes com a comunidade em cada território. O MS atribui como funções do ACS a identificação de situações de risco, orientação das famílias e comunidade, e encaminhamento dos casos e situações de risco identificados aos outros membros das equipes de saúde⁽²⁰⁾.

A respeito das dificuldades o acolhimento destaca-se como imprescindível, pois quando realizado de forma adequada, contribui para a continuidade do seguimento do RNPT, uma vez que os pais se tornam sujeitos ativos na assistência a esse bebê. Desse modo, é muito importante a oferta de um espaço saudável e acolhedor para que se tenha um cuidado efetivo.

Em relação ao fluxo da Rede de Atenção à Saúde consiste em uma forma de organização, cujo objetivo é assegurar o direito a serviços preventivos e curativos, através da ampliação do acesso e organização de serviços de saúde intersetoriais, de forma longitudinal e humanizada⁽²¹⁾. No entanto, neste estudo observou-se que na prática essa rede encontra-se fragilizada por meio de um sistema fragmentado, formado por serviços de saúde que não se comunicam entre si.

Outra dificuldade refere-se ao relatório de alta hospitalar do RNPT, trazido pela mãe na primeira consulta de ACD, contrariando ao que é

recomendado pelo MS, o qual orienta a respeito da forma correta para a realização da referência e contrarreferência. Com isso, o hospital deve entrar em contato com a Atenção Primária da área de abrangência deste bebê; deve preencher de forma clara e específica o relatório de alta, abordando todas as informações do período de internação⁽²⁾.

Evidenciou-se também a superficialidade da comunicação entre a rede hospitalar e a Atenção Primária. Estudos apontam que a ausência ou fragilidade da comunicação entre hospital e Atenção Primária impossibilita a terceira etapa pois, para que o RN tenha um acompanhamento eficaz, é necessária vinculação entre mãe-bebê, hospital e Atenção Primária a fim de se estabelecer uma rede articulada com o objetivo de garantir a continuidade da assistência ao mesmo⁽¹⁸⁾.

Além disso, observou-se a não inclusão da AP, bem como da Equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASF) que poderiam auxiliar proporcionando uma interconsulta multidisciplinar efetiva, visto que foi referido que esses RNPT são atendidos por fisioterapeuta, neurologista, fonoaudiólogo e nutricionista, sendo todo o processo de marcação e atendimento realizado pelo próprio hospital.

A capacitação dos profissionais a respeito do método canguru é fundamental, uma vez que é imprescindível ter conhecimento necessário para assegurar o cuidado adequado, assim como a existência de profissionais qualificados e a união entre as diversas esferas de atenção à saúde para a execução do método canguru. Diante disso, é evidente a existência da (des)continuidade do método canguru na Atenção Primária, e ainda percebe-se que os profissionais nesse contexto vivenciam insegurança e despreparo ao assistir RNPT.

Considerações Finais

Pode-se concluir que os achados responderam ao objetivo do estudo, o qual proporcionou uma notoriedade quanto a descontinuidade do método canguru do contexto hospitalar para Atenção

Primária envolvendo diversos fatores, como o conhecimento superficial das enfermeiras quanto ao pré-termo e ao método canguru, a fragilidade na comunicação entre os níveis de atenção e a ausência de educação permanente.

Em vista disso, evidencia-se a necessidade de educação permanente para as enfermeiras da Atenção Primária, frente ao cuidado integral aos prematuros, para fortalecer a terceira etapa do método canguru.

A presença dos ACS na prevenção e promoção da saúde, assim como no fortalecimento do vínculo entre a unidade e o usuário é uma facilidade apontada pelas enfermeiras. Dessa forma, sugere-se maior valorização destes profissionais a nível social e financeiro.

Notou-se, ainda, que a dificuldade predominante citada neste estudo é a ausência de um encaminhamento formal da rede hospitalar para AP, que por sua vez interfere na implementação da referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde. Assim, esta pesquisa sugere a sistematização da terceira etapa do MC, de modo que o RNPT seja referenciado da alta hospitalar para AP ou unidades especializadas.

Além disso, aponta a necessidade de formação profissional para enfermagem, desde a academia, quanto na educação continuada, no intuito de melhor informação a respeito do prematuro, bem como do método canguru, de modo a disseminar conhecimento que favoreça esse atendimento específico.

As limitações deste estudo consistem na realização da coleta em um único município e com profissionais de uma mesma categoria, mas, por outro lado, outros estudos convergem com os mesmos resultados quando analisa-se a continuidade da terceira etapa na AP. Há, ainda, o fato das publicações governamentais de referência sobre a temática estarem desatualizadas e, por esse motivo, espera-se que com esta pesquisa novos estudos desponham a fim de proporcionar a cada dia melhor qualidade de vida aos prematuros.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto: Rebeca da Silva Araújo, Rebeca Pinheiro de Santana Oliveira, Tayse Barbosa Moura e Aisiane Cedraz Moraes;

2 – análise e interpretação dos dados: Rebeca da Silva Araújo, Raquel Viera Farias, Rebeca Pinheiro de Santana Oliveira, Tayse Barbosa Moura, Dielly de Souza Leitão, Dayane Kelly Dos Santos De Cristo Macêdo e Aisiane Cedraz Moraes;

3 – redação e/ou revisão crítica: Rebeca da Silva Araújo, Raquel Viera Farias, Rebeca Pinheiro de Santana Oliveira, Tayse Barbosa Moura, Dielly de Souza Leitão, Dayane Kelly Dos Santos De Cristo Macêdo e Aisiane Cedraz Moraes;

4 – aprovação da versão final: Rebeca da Silva Araújo, Raquel Viera Farias, Rebeca Pinheiro de Santana Oliveira, Tayse Barbosa Moura, Dielly de Souza Leitão, Dayane Kelly Dos Santos De Cristo Macêdo e Aisiane Cedraz Moraes;

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesses.

Agradecimentos

Agradecimentos à Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Referências

1. World Health Organization. Born too soon: decade of action on preterm birth. [internet]. Geneva: WHO, 2023. [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://www.borntoosoonaction.org/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Método Canguru: diretrizes do cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [cited 2024 Jan 19]. Available from: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/metodo_canguru_diretrizes_cuidado2018.pdf
3. Jantsch LB, Alves TF, Arrué AM, Toso BRG de O, Neves ET. Health care network (dis)articulation in late and moderate prematurity. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021;74(5): e20200524. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0524>
4. Gaiva MAM, Rodrigues E da C, Toso BRG de O, Mandetta MA. Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras. Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família [livro eletrônico]. São Paulo: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras, 2021. [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x33797.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [cited 2024 Jan 19]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
6. Silva RMM da, Zilly A, Nonose ER dos S, Fonseca LMM, Mello DF de. Care opportunities for premature infants: home visits and telephone support. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2020;28: e3308. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3520.3308>
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012. [cited 2024 Jan 19]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 674, de 06 de maio de 2022. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2022. C Available from: <http://conselho.sau.gov.br/resolucoes-cns/2469-resolucao-n-674-de-06-de-maio-de-2022>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2018. [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://conselho.sau.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>
11. Jong Y de, Willik van der EM, Milders J. et al. Uma meta-revisão demonstra uma melhoria na qualidade dos relatórios de revisões qualitativas após a publicação das listas de verificação

- COREQ e ENTREQ, independentemente da aceitação modesta. *BMC Med Res Methodol.* 2021; 21(184): 01-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01363-1>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [cited 2024 Jan 19]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf
 13. Pires DF. Puericultura uma Relação Dialógica [recurso eletrônico]. 1. ed. Natal: SEDIS-UFRN; 2023. Available from: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/54898>
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [cited 2024 Jan 19]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
 15. Canêjo MI, Silva TM, Lima AP. Registros de enfermagem nas consultas em puericultura. *Enferm Foco.* 2021;12(2): 216-22. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3383
 16. Santos NIM dos, Souza MF de, Neta JMP, Neto WB, Verissimo AVR, Monteiro EMLM. Vivências de enfermeiros na consulta de puericultura: percepção sobre os sinais de risco/atraso para o desenvolvimento infantil. *Revista Uruguaya de Enfermería.* 2021;16(1): 01-14. DOI: 10.33517/rue2021v16n1a1
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Método Canguru: manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [cited 2024 Jan 19]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terceira_etapa_metodo_canguru.pdf
 18. Reichert AP da S, Soares AR, Bezerra IC da S, Guedes ATA, Pedrosa RKB, Vieira D de S. Terceira etapa do método canguru: experiência de mães e profissionais da atenção primária. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021;25(1): e20200077. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0077>
 19. Klossowski DG, Godói VC de, Xavier CR, Fujinaga CI. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. *Rev CEFAC* [Internet]. 2016;18(1):137-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-021620161814515>
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 2017. [cited 2022 Apr 29]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
 21. Nakata LC, Feltrin AF dos S, Chaves LDP, Ferreira JBB. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2020;24(2): e20190154. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>

Recebido: 03 de julho de 2023

Aprovado: 02 de fevereiro de 2024

Publicado: 25 de março de 2024



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos