UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

NIEDJA KAROLINE DE SOUZA ANDRADE

O CUIDADO COMPARTILHADO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

NATAL – RN
2019

NIEDJA KAROLINE DE SOUZA ANDRADE

O CUIDADO COMPARTILHADO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

LINHA DE PESQUISA: Atenção e Gestão do cuidado em saúde.

Orientador(a): Profª Dra Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha

NATAL – RN
2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Andrade, Niedja Karoline de Souza.
O cuidado compartilhado ao recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família / Niedja Karoline de Souza Andrade. - 2019.
92f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste. Natal, RN, 2019.
Orientadora: Profª Dra Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha.

1. Recém-nascido - Dissertação. 2. Alta do paciente - Dissertação. 3. Atenção primária à saúde - Dissertação. 4. Assistência integral à saúde - Dissertação. 5. Saúde da criança - Dissertação. I. Rocha, Nadja de Sá Pinto Dantas. II. Título.

RN/UF/BS-CCS CDU 611-053.31

Elaborado por ANA CRISTINA DA SILVA LOPES - CRB-15/263

Niedja Karoline de Souza Andrade

O CUIDADO COMPARTILHADO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha

Profª. Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha - UFRN

(Orientadora)

Paula Fernanda BB dos Santos

Profª. Dra. Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos - UFRN

(Membro Interno)

Profª. Dra. Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo - UFRN

(Membro Interno)

Ana Larissa F de Holanda P

Profª. Dra. Ana Larissa Fernandes de Holanda Soares - UnP

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 26 de Novembro de 2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me permitiu a graça de alcançar essa realização, sem Ele nada disso seria possível.

A minha família, em especial a minha mãe, que acreditou em mim e dividiu comigo esse sonho, sendo um importante apoio, compartilhando as alegrias e dificuldades desse percurso. Ao meu pai (*in memoriam*), que infelizmente não está mais aqui para assistir a essa vitória e dividi-la comigo, mas que sempre estará presente e vivo em meu coração, sei o quanto estaria alegre e realizado.

A minha querida orientadora Profª Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha, que contribuiu de forma brilhante com a construção desse trabalho, acompanhando com muito carinho e empenho, com certeza ele não teria a riqueza que possui se ela não tivesse abraçado e dado toda a atenção que disponibilizou para essa construção.

Aos professores que estiveram presentes nas bancas, incluindo os que participaram da qualificação e da defesa da dissertação, suas contribuições foram muito importantes para o aprimoramento desse estudo.

Às equipes das USF do município de Cajazeiras que aceitaram participar dessa pesquisa disponibilizando tempo e atenção para contribuir com esse estudo, sem vocês ele não teria acontecido, agradeço pelo compartilhamento de experiências e vivências.

A minha equipe da USF Higino Dias Moreira, pelo apoio, por compreenderem meus momentos de ausência, como também por todas as contribuições em todo o processo desse curso.

As minhas amigas Gabriela e Milena, que de forma especial estiveram presentes durante toda a jornada de atividades, compartilhando as emoções e dificuldades da elaboração desse estudo, obrigada por toda amizade e apoio.

A toda a turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, com os quais dividi angústias e alegrias, e que deixarão saudades, o cotidiano compartilhado com certeza terá sempre uma marca no meu coração.

Foi o tempo que perdeste com tua rosa que fez tua rosa tão importante.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

A mortalidade infantil ainda se apresenta como grave problema de saúde pública no contexto nacional e internacional, de forma especial quando se trata do componente neonatal. Apesar das inúmeras estratégias já elaboradas para o enfrentamento do elevado número de óbitos infantis, ainda existe a necessidade de esforços contínuos no sentido de ofertar o cuidado integral e qualificado ao recém-nascido. O objetivo do estudo foi o de analisar o cuidado compartilhado aos recém-nascidos de risco na percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo exploratório, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em cidade metropolitana do Nordeste brasileiro. Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram os profissionais das Unidades de Saúde da Família que realizam o cuidado do recém-nascido, abrangendo um total de 39. Realizou-se entrevista com questões abertas e fechadas, cujos dados foram sistematizados a partir da análise de conteúdo, na modalidade temática. Os resultados encontrados demonstram que o cuidado entre as equipes de maternidade e de saúde da família ocorrem de forma fragmentada, não havendo compartilhamento de ações. O seguimento dessas crianças pela Estratégia Saúde da Família ocorre de forma fragilizada, pois os profissionais apresentam dificuldades em compreender as particularidades dessas crianças, comprometendo a forma de ofertar a atenção. Os desafios incluem a falta de capacitação dos profissionais sobre a atenção ao recém-nascido de risco atrelado à carência de atividades de educação permanente em saúde. São destacados a ausência de protocolos de referência e contrarreferência, como também a não utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão, referidos como possíveis estratégias de contribuição para integração entre os serviços. A desarticulação do cuidado entre os pontos da rede de saúde compromete a qualidade da atenção ofertada aos recém-nascidos de risco tornando-se necessário reorganizar as práticas de forma a atender as necessidades e peculiaridades dessas crianças incluindo o trabalho interprofissional e colaborativo. Existe a necessidade de implementar mecanismos que favoreçam a articulação e comunicação entre os níveis de assistência buscando integrar os serviços.

Palavras-chave: Alta do paciente. Recém-nascido. Atenção primária à saúde. Assistência Integral à Saúde. Saúde da criança.

ABSTRACT

Child mortality still presents itself as a serious public health problem in the national and international context, especially when it comes to the neonatal component. Despite the innumerable strategies already elaborated to face the high number of infant deaths, there is still a need for continuous efforts to offer comprehensive and qualified care to the newborn. The objective of the study was to analyze the shared care of newborns at risk in the perception of health professionals in the Family Health Strategy. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, carried out in a metropolitan city in the Northeast of Brazil. The subjects involved in the research were professionals from the Family Health Units who provide care for the newborn, covering a total of 39. An interview was conducted with open and closed questions, whose data were systematized based on content analysis, in the thematic modality. The results found demonstrate that the care between the maternity and family health teams occurs in a fragmented way, with no sharing of actions. The follow-up of these children by the Family Health Strategy occurs in a fragile way, as professionals have difficulties in understanding the particularities of these children, compromising the way of offering care. The challenges include the lack of training of professionals on care for newborns at risk linked to the lack of permanent health education activities. The absence of reference and counter-reference protocols is highlighted, as well as the non-use of the Citizen's Electronic Health Record, referred to as possible contribution strategies for integration between services. The disarticulation of care between points in the health network compromises the quality of care offered to newborns at risk, making it necessary to reorganize practices in order to meet the needs and peculiarities of these children, including interprofessional and collaborative work. There is a need to implement mechanisms that favor articulation and communication between levels of assistance seeking to integrate services.

Keywords: Patient discharge. Newborn. Primary Health Care. Comprehensive Health Care. Child Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
HUJB	Hospital Universitário Júlio Bandeira
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAISC	Política de Atenção Integral à Saúde da criança
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 7
2 REVISÃO DE LITERATURA..... 13
2.1 Políticas Públicas direcionadas à população infantil no Brasil..... 13
2.2 Mortalidade infantil e fatores associados..... 17
2.3 Saúde da criança no âmbito da Atenção Primária em Saúde..... 19
2.4 O cuidado compartilhado e seguimento do recém-nascido de risco..... 23
3 OBJETIVOS..... 27
3.1 Objetivo Geral..... 27
3.2 Objetivos Específicos..... 27
4 METODOLOGIA..... 28
4.1 Tipo de estudo..... 28
4.2 Campo de estudo..... 28
4.3 Participantes do estudo..... 29
4.4 Coleta dos dados..... 30
4.5 Análise dos dados..... 31
4.6 Aspectos éticos..... 32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 33
5.1 Perfil dos entrevistados..... 33
5.2 Percepção das equipes de ESF acerca da relação entre as equipes da maternidade e equipes de saúde da família no cuidado ao recém-nascido de risco..... 34
5.3 Seguimento do cuidado do recém-nascido de risco no âmbito da Atenção Primária. 38
5.4 Desafios para a promoção do cuidado compartilhado do recém-nascido de risco..... 42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 47
REFERÊNCIAS..... 49
APÊNDICES..... 59
ANEXOS..... 66

1 INTRODUÇÃO

No cenário da atenção à saúde da criança, a mortalidade infantil ainda constitui um problema de maior relevância no contexto nacional e internacional. Entre as responsabilidades assumidas visando modificar essa realidade, o Brasil se comprometeu com as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estando entre essas, a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, em dois terços, no período anterior entre 1990 e 2015 (BRASIL, 2014a; BRANQUINHO; LANZA, 2018).

A taxa de mortalidade infantil – TMI (óbitos ocorridos em menores de 1 ano dentre 1.000 nascidos vivos) apresentou expressiva queda nas últimas décadas no Brasil, podendo destacar as estratégias implementadas pelo governo federal, como ações para diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliação das taxas de aleitamento materno exclusivo, entre outras. Essa redução é expressiva, mas o que se observa é que esse declínio possui menor velocidade quando se trata do componente neonatal (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014a).

A agenda 2030, para o Desenvolvimento Sustentável, contém o conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a serem cumpridas até 2030, para erradicar a pobreza extrema e poupar as gerações futuras dos piores efeitos adversos da mudança do clima. Uma das metas é de, até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos (ONU, 2016).

Ao avaliar a queda no número de óbitos nas regiões com pior nível socioeconômico pode-se considerar a importância da ampliação da Atenção Primária em Saúde nessas áreas, com foco na atenção ao grupo de mulheres e crianças. Municípios com alta cobertura de ESF têm maior utilização de serviços de saúde primários e melhorias mais aceleradas nos indicadores de saúde no que se refere à atenção à saúde da criança, onde encontramos redução da mortalidade infantil, principalmente pós-neonatal, e de crianças menores de cinco anos, por algumas causas específicas como diarreias e infecções respiratórias; redução das hospitalizações por causas evitáveis pela atenção primária e redução da mortalidade por causas cardiovasculares e cerebrovasculares (LEAL *et al.*, 2018*).*

As estimativas confirmam o alcance da meta dos ODM para o ano de 2015 com relação à TMI, mesmo com a desaceleração no ritmo de queda desses óbitos a partir de 2010. No entanto, são encontradas evidências de que maiores esforços precisam ser destinados ao

enfrentamento das altas taxas de mortalidade no período neonatal, já que tem representado o principal componente da mortalidade infantil depois da redução importante da mortalidade pós-neonatal (BRASIL, 2015c).

A redução da mortalidade neonatal tem sido mais difícil e lenta do que a diminuição da mortalidade pós-neonatal, demonstrando o quanto ainda é preciso investir na oferta do cuidado qualificado ao RN como um dos fatores que podem ajudar a reduzir esses números de óbitos. Mesmo diante de tantas políticas e estratégias elaboradas torna-se necessário ainda investir em esforços contínuos para sua implementação de forma adequada e melhoria na qualidade da assistência disponibilizada a essas crianças (BRASIL, 2012a; 2014a, 2014c).

A classificação dos indicadores de mortalidade infantil ao tratar do componente neonatal, sendo referente às crianças entre 0 e 27 dias, pode ser definida através da taxa de Mortalidade Neonatal Precoce que é calculada a partir do número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos, e da taxa de Mortalidade Neonatal Tardia que se refere ao número de óbitos de crianças com 7 a 27 dias de vida completos. E ao tratar da taxa de mortalidade pós-neonatal, refere-se ao número de crianças com idade entre 28 e 364 dias de vida (BRASIL, 2009).

A atenção fornecida aos recém-nascidos de risco, incluindo em sua maioria os pré-termos e de baixo peso ao nascer, precisa observar suas características anatomofisiológicas singulares que demandam uma adaptação complexa ao meio extrauterino, frente aos aspectos biológicos, sociais e psicológicos. E quando afirmamos a necessidade de uma assistência atenta e competente, incluindo um suporte técnico e social adequado para facilitar essa adaptação, consequentemente concluímos que essa assistência deve ser prestada durante a hospitalização e ter continuidade após a alta hospitalar (VIERA; MELLO, 2009).

O termo RN de risco é utilizado quando encontramos crianças expostas a situações em que há maior risco de evolução desfavorável, que devem ser prontamente reconhecidas pela equipe de saúde, essas situações podem estar presentes no nascimento, quando o risco é percebido ao nascer, ou pode ser identificado ao longo da vida da criança (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014a).

A expectativa de sobrevivência de crianças de alto risco tem aumentado diante dos progressos tecnológicos e técnicos da assistência, entretanto ao procurar fatores que possam interferir negativamente a preocupação estende-se ao prognóstico em longo prazo, uma vez que a prematuridade, o tratamento neonatal e o tempo de internação podem ter como consequências crianças com sequelas importantes no que diz respeito ao seu desenvolvimento, crescimento e interação familiar. Dessa maneira, o seguimento desse grupo

precisa ir além da UTI e ter continuidade após a alta hospitalar, com avaliações sistemáticas do crescimento e desenvolvimento, prevenção de riscos e danos, entre outros aspectos (BRAGA; SENA, 2013).

Infelizmente o acompanhamento após a alta hospitalar ainda é percebido como limitado, e isso inclui tanto o conhecimento da evolução dessas crianças, como das intervenções voltadas às suas peculiaridades e de sua família. Por serem crianças que demandam um maior critério no seguimento de seu cuidado após a saída do ambiente hospitalar encontramos uma lacuna na atenção interdisciplinar para os distúrbios de desenvolvimento após a alta, indicando a dificuldade de compartilhamento do cuidado entre os diversos setores da rede de atenção (KLOSSOSWSKI *et al.*, 2016).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), como normativa que trata dos aspectos referentes à atenção infantil com ênfase na integração das ações, abrange entre seus eixos estratégicos a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, destacando a necessidade de vincular as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção (BRASIL, 2015a).

A PNAISC enfatiza a importância da vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela Atenção Primária, incluindo ações de acompanhamento da criança e apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (BRASIL, 2015a).

E dentro do eixo de atenção que abrange o cuidado ao recém-nascido, a PNAISC reforça a necessidade do cuidado compartilhado através de ações estratégicas, sendo uma delas a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Primária, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Primária no primeiro contato após a alta da maternidade. Além dessa, ainda ressalta e afirma a importância do seguimento do recém-nascido de risco após a alta, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Primária (BRASIL, 2015a).

Ao tratar das responsabilidades do componente hospitalar, com relação à alta hospitalar responsável, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) já destaca a relevância desse momento, compreendida como um processo de transferência do cuidado, e a necessidade da articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, em particular

a Atenção Primária, funcionando como um serviço que proporcionará a continuidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Os recém-nascidos de risco precisam ser observados e assistidos de maneira mais criteriosa, como por exemplo, as crianças pré-termo tardio, que quando comparadas aos RN a termo possuem um risco de morbidade neonatal sete vezes maior, uma taxa de readmissão que é de duas a três vezes maior nos primeiros 15 dias após alta, e o risco de mortalidade três vezes maior, além de maior risco para distúrbios neuromotores e dificuldades de crescimento. (BRASIL, 2015b).

A estratégia do método Canguru é apresentada como modelo de atenção perinatal voltado para o cuidado qualificado e humanizado ao recém-nascido, sendo elaborado visando contribuir para a redução da mortalidade infantil, mais especificamente do componente neonatal. Está entre as ações que compõe alguns dos eixos da PNAISC, o Eixo I que trata da Atenção Humanizada e Qualificada ao Parto e Nascimento e o Eixo II Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável (BRASIL, 2018a).

O método canguru vem sendo implementado no intuito de aprimorar a qualidade da assistência ao RN, reafirmando a necessidade de participação da APS no compartilhamento dos cuidados, destacando que a equipe hospitalar deverá manter contato com a unidade de saúde responsável pela continuidade da atenção, ainda que o bebê esteja em seguimento pelo hospital ou serviço especializado. A articulação entre esses pontos da rede acontece na terceira etapa do método, que consiste no acompanhamento da criança após a alta hospitalar, e pode ser iniciada mesmo antes da liberação dessa alta (BRASIL, 2018a).

O cuidado compartilhado ao recém-nascido, no processo de saída do ambiente hospitalar, precisa ocorrer de maneira mais criteriosa e qualificada, precisando ser assumida como responsabilidade de todos os pontos da rede de atenção que estarão ofertando atenção a essas crianças, possibilitando minimizar os inúmeros agravos que podem ser acarretados em virtude de uma assistência descontinuada e realizada de forma precária (CUSTODIO e*t al.,* 2013; BRAGA; SENA, 2012).

As equipes da Atenção Primária precisam conhecer a evolução neonatal do recém-nascido, para ter ciência de sua situação de saúde e assim identificar os prováveis riscos para o seu desenvolvimento. Como também, devem ser informadas acerca das doenças neonatais que requerem finalização ou manutenção de tratamento, seguimento ou encaminhamento para especialistas (BRASIL, 2014a).

Dentro desse contexto, a alta deveria ocorrer somente quando a transferência do usuário sob cuidado fosse assegurada pela equipe de APS ou serviço especializado. Esse

processo de responsabilização pelo seguimento do cuidado precisa ser da rede de atenção, materializada nas ações dos profissionais de saúde, e não do usuário (BERWIG *et al.*, 2016).

A elaboração de linha de cuidado pode ser destacada como estratégia para a ação, possibilitando maior alcance da atenção integral, articulando a produção do cuidado entre os pontos da rede de atenção. Através dessa articulação e integração das ações e serviços desenvolvidos pela rede de cuidado em saúde possibilita-se ofertar o acesso seguro às tecnologias necessárias à atenção, a partir de uma linha de produção de cuidado orientada pela APS e gestão do serviço permitindo a garantia da continuidade do cuidado, vinculando todos os recursos disponíveis através de fluxos e protocolos (BRASIL, 2010a, 2004a).

A implantação das redes de atenção à saúde surge no intuito de concretizar a integralidade da atenção possuindo como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Estabelece a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a APS como coordenadora do cuidado e centro de comunicação da rede, observando a centralidade nas necessidades dos indivíduos, responsabilização por uma atenção continua e integral, articulando o cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010b; 2014b).

A articulação dos cuidados entre os diversos níveis de saúde precisa ser consolidada para que o seguimento dos bebês não fique restrito quase que predominantemente ao nível hospitalar. Uma avaliação e seguimento adequados conseguem assumir maior impacto na sobrevida dessas crianças, pois possibilita detectar precocemente potenciais riscos para o seu desenvolvimento, evitando possíveis reinternações e morbidades, reduzindo a mortalidade infantil, sendo necessário investir em ações que incentivem o aprimoramento do cuidado de forma compartilhada no processo de alta hospitalar (AIRES *et al.*, 2015).

Assim, diante dessa realidade, o questionamento que se apresenta é: Qual a percepção dos profissionais de saúde da ESF sobre o cuidado compartilhado aos recém-nascidos de risco?

Compreender de que forma tem sido desenvolvida a atenção no processo da alta hospitalar, que é em um momento tão importante da vida dessas crianças e suas famílias, precisando ser realizada de forma compartilhada entre os serviços garantindo um seguimento adequado, poderá contribuir permitindo a reorientação de práticas e ressignificação das ações dispensadas a essas crianças, visando aprimorar o cuidado ofertado na perspectiva de uma atenção integral e qualificada.

Através da realização desse estudo espera-se que as práticas possam ser reconstruídas e potencializadas, pois permitiu uma avaliação dos processos de trabalho. Por meio desses resultados gerados espera-se que sejam desenvolvidas mudanças na forma de condução do cuidado ofertado pelos serviços. A pesquisa assume um papel potencial na atenção à saúde dos recém-nascidos de risco no momento em que possibilita que ocorram modificações na assistência podendo contribuir para melhor qualidade de vida e saúde dessas crianças e de suas famílias.

O estudo dessa problemática se faz relevante, pois observamos que mesmo com a redução nas taxas de óbitos infantis essa problemática ainda demanda atenção no sentido de qualificar os serviços de saúde e o cuidado ofertado. Dessa forma, a pesquisa nos permite compreender como tem sido desenvolvido o cuidado a essas crianças e os entraves para a garantia de uma assistência efetiva pela rede de atenção.

O interesse pelo tema da pesquisa surgiu em virtude da identificação com a atenção à saúde da criança, já que exerço a função de enfermeira no âmbito da Estratégia Saúde da Família e observo as lacunas que existem na atenção ofertada ao RN no processo de alta do espaço da maternidade, falta de interação e compartilhamento do cuidado entre os serviços. Além disso, é possível identificar que existem dificuldades na realização do seguimento dessas crianças no processo de acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento.

Essa inquietação instigou a compreender quais os aspectos que estão envolvidos nesse processo e os desafios que se apresentam para a oferta do cuidado de forma compartilhada, já que essas crianças que apresentam algum risco ao nascer necessitam de uma atenção especial, que deve ter continuidade no âmbito da Atenção Primária.

Assim, quando compreendemos os aspectos envolvidos nesse processo de alta do RN de risco conseguimos refletir acerca do desempenho e oferta de cuidado no nosso espaço de trabalho, enquanto APS, como também enquanto parte da rede de atenção. A partir desse entendimento cabe-nos repensar e modificar nosso processo de assistência dentro das equipes de saúde da família, além de possibilitar a construção de estratégias para aprimorar a disposição do cuidado em rede, fortalecendo o ordenamento das práticas entre os serviços de forma compartilhada visando ofertar atenção adequada e garantindo o cuidado integral e qualificado a essas crianças.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Políticas Públicas direcionadas à população infantil no Brasil

No contexto histórico das políticas públicas voltadas à saúde da criança observa-se que desde a década de 70 já eram elaboradas estratégias no intuito de melhorar as condições de saúde dirigidas à mulher e à criança, além de ações visando reduzir a morbimortalidade e agravos nesses grupos. A assistência à saúde da criança esteve por muito tempo atrelada à atenção materna, como no Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil criado em 1975, já no ano de 1983 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) ainda com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011b; ARAÚJO *et al.*, 2014).

No ano de 1984, o PAISMC acabou por dividir-se em dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada, sendo o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). A elaboração do PAISM apresentava entre suas principais diretrizes a assistência pré-natal, prevenção da mortalidade materna, doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao parto e puerpério, planejamento familiar, controle do câncer ginecológico e mamário, promoção ao parto normal. O PAISC destacava entre suas ações o incentivo ao crescimento e desenvolvimento, controle das diarreias e desidratação, controle das infecções respiratórias agudas (IRA), prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso, prevenção de acidentes e intoxicações, assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2004b; 2011b).

O processo de desenvolvimento de políticas públicas voltadas a garantir o direito à saúde e modificação do modelo assistencial apresenta como marco histórico da idealização da APS a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, apresentando ênfase na defesa dos Cuidados primários em saúde como primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. A discussão já envolvia o estímulo ao desenvolvimento da criança e observava a problemática da mortalidade infantil (UNICEF, 1979).

Ainda nesse sentido de mudança e reforço das ações de saúde incluindo a saúde infantil, pode ser destacada a Convenção sobre os direitos da criança, no ano de 1990, que trouxe a determinação de proteção dos direitos da criança, abrangendo diversos aspectos, visando seu pleno desenvolvimento. Quanto às medidas voltadas a garantir direitos no âmbito

da saúde continuavam a ser estimulados e exigidos esforços no intuito de garantir o cuidado à saúde, destacando a redução da mortalidade infantil (BRASIL 1990a).

A abordagem histórica da atenção à saúde da criança se confunde em parte com o desenvolvimento e evolução das políticas públicas de saúde. Após as décadas de 1980 e 1990, muitas foram as conquistas sociais no campo da saúde através da Constituição Federal de 1988, como também das Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, em que foram realizadas transformações na forma de ofertar a atenção à saúde, incluindo as ações voltadas para o atendimento à criança (ARAÚJO *et al.*, 2014).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) surge em 1990 como importante ferramenta na ampliação dos direitos e proteção da criança, sendo esses direitos garantidos através da efetivação de políticas sociais públicas, que possibilitem o nascimento e desenvolvimento infantil sadio e harmonioso em condições dignas de existência. O ECA afirma a importância do acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), observando o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. De acordo com sua regulamentação, determina que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, de forma prioritária, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990b).

A construção de políticas públicas que observam a atenção à criança buscando assegurar seu pleno crescimento e desenvolvimento por meio da garantia de seus direitos alcançou grandes resultados, entretanto, apesar dos avanços alcançados através da redução da mortalidade infantil, a análise da evidência de óbitos e agravos passíveis de serem evitados corrobora que ainda precisam ser concentrados esforços para garantir a assistência integral à saúde infantil (FILHO *et al.*, 2018).

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil criada pelo MS, no ano de 2004, apresenta as linhas de cuidado que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à criança. Essas linhas de cuidado abrangem o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado com base nas principais causas de morbidade e mortalidade infantil, sendo essas ações imprescindíveis de serem realizadas de forma plena (BRASIL, 2004a).

Ainda na perspectiva de consolidação dos direitos da criança, o Plano Nacional pela Primeira Infância foi lançado em 2010, propondo ações amplas e articuladas de promoção e realização dos direitos da criança de até seis anos de idade. O plano apresenta objetivos e metas para as políticas públicas, promovendo a articulação das ações dos diversos setores, da saúde à educação, da justiça à assistência social, para que elas formem um todo coerente e articulado, capaz de atender aos direitos da criança, mesmo aqueles dos quais menos se fala, como o direito de brincar e ter brinquedos, conviver em família e em comunidade. Entre as linhas e ações estratégicas aborda a importância da vigilância à saúde pela equipe de Atenção Básica, enfatizando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (RNPI, 2010a; 2010b).

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, foi pensada no intuito de diminuir a morbimortalidade infantil através de sistematização do atendimento das doenças prevalentes de forma integrada e simultânea (HIGUCHI *et al.*, 2011; BRASIL, 2014c).

A AIDPI foi adotada e adaptada para o perfil epidemiológico do Brasil em 1996, sendo implantada inicialmente na região nordeste, com vistas à redução da mortalidade infantil e, em 2002, todos os Estados já contavam com multiplicadores capacitados. No contexto de transição epidemiológica atual incorporou componentes adicionais, como o neonatal. Diante dos desafios que perpassam a assistência a essas crianças, a expansão e fortalecimento da estratégia AIDPI contribui para apoiar o avanço sustentado quanto aos ODM em um contexto de equidade (HIGUCHI *et al.*, 2011; BRASIL, 2014c).

Dessa forma, somando às iniciativas e visando minimizar o desafio de qualificar os serviços e a atenção ofertada, foi instituída pelo MS a Rede Cegonha no ano de 2011, uma estratégia que abrange uma rede de cuidados buscando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes, sendo eles Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, além do Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação, em que cada um deles compreende uma série de ações de atenção à saúde buscando consolidar seus objetivos. Possui como objetivos a implementação de um novo modelo de atenção com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses,

organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, como também a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011c).

No ano de 2015, ainda no intuito de melhorar a garantia da atenção integral à Saúde da Criança e consequentemente minimizar os índices de mortalidade foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a mais recente política voltada para essa população. A PNAISC foi elaborada no intuito de promover e proteger a saúde da criança mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015a).

Ao especificar o intervalo que define a primeira infância a PNAISC estabelece como pessoa na faixa etária de 0 a 5 anos, e ao tratar do conceito de criança considera as pessoas na faixa etária de 0 a 9 anos. Os eixos da PNAISC envolvem toda a rede de atenção à saúde, desde a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, até a prevenção do óbito infantil (BRASIL, 2015a).

A rede de atenção à saúde da criança envolve vários dispositivos e serviços como a Rede Cegonha, pessoa com deficiência, urgência e emergência, atenção psicossocial e doenças crônicas. A PNAISC tem sido marco para a atenção integral à criança, visando à articulação das ações em todos os níveis de atenção, seus princípios vão ao encontro dos compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal proposto no ano de 2004 visando articular ações e estratégias na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2015a).

No ano de 2016, o Marco Legal da primeira infância é instituído pela lei 13.257 estabelecendo princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento infantil integral. Criado em consonância com o ECA altera algumas de suas disposições, tentando qualificar as ações dispensadas para garantir os direitos dessas crianças, especialmente nessa faixa etária, abrangendo como primeira infância o período dos primeiros 6 anos (BRASIL, 2016).

Compreendendo a importância de aprimorar todo o cuidado ofertado ao RN e como mais uma das estratégias para a redução da mortalidade neonatal, foi adotado pelo MS o Método Canguru que integra a PNAISC. O método foi instituído no Brasil desde o ano 2000 e reúne diretrizes de cuidado e atenção a recém-nascidos internados em unidades neonatais

utilizando os melhores conhecimentos acerca de suas especificidades físicas e biológicas e das necessidades de cuidado singular envolvendo os pais e a família. Traz a perspectiva de que as questões pertinentes à atenção humanizada no cuidado perinatal não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos, e assume a Estratégia Saúde da Família (ESF) como sua grande aliada, considerando que suas ações devem garantir a continuidade da assistência prestada ao bebê e à sua família (BRASIL, 2011a; 2015b).

2.2 Mortalidade infantil e fatores associados

A avaliação sobre os níveis e tendências na mortalidade infantil no ano de 2018 afirma que crianças enfrentaram maior risco de óbito no primeiro mês de vida, apresentando uma média de 18 mortes por 1.000 nascidos vivos no mundo. A análise sobre as tendências projeta que 52 milhões de crianças menores de 5 anos morrerão entre 2019 e 2030 sendo quase metade delas recém-nascidos, e essa alta estimativa de mortes tem suas causas, em sua maioria, relacionadas a fatores evitáveis ou passíveis de tratamento (UNICEF, 2019).

A taxa anual de redução da mortalidade de 1990 a 2018 foi maior para crianças de 1 a 59 meses do que para crianças recém-nascidas. Globalmente, no ano de 2018, 85% das mortes entre crianças aconteceram nos primeiros cinco anos de vida, representando 5,3 milhões de mortes, das quais 2,5 milhões (47%) ocorreram no primeiro mês de vida. Por se tratar de mortes causadas por fatores evitáveis o que se observa é que existe a necessidade de reforçar e consolidar as ações voltadas a uma melhor cobertura de cuidados pré-natais de qualidade associados ao cuidado qualificado no nascimento e pós-natal dos recém-nascidos e suas famílias (UNICEF, 2019).

Estudos realizados no intuito de analisar as principais causas de óbitos neonatais determinam alguns fatores de risco aumentados que podem desencadear as mortes infantis. Esses fatores podem se articular de forma complexa sendo influenciados por características biológicas maternas e do recém-nascido, condições sociais e também da assistência ofertada, contribuindo para a fragilidade e morte dessas crianças. Entre os principais fatores de risco destacam-se a prematuridade, o baixo peso ao nascer, índice de Apgar no 1º e 5º minuto menor que 7, além das malformações congênitas (GAÍVA; BITTENCOURT; FUJIMORI, 2013; SLOMP *et al.*, 2007; NASCIMENTO *et al.*, 2012).

Outras características também podem estar destacadas como fatores de risco, incluindo as precárias condições socioeconômicas, história de óbito infantil anterior, intercorrências na gestação e parto, número de consultas e qualidade do pré-natal, como também o

comportamento materno em relação aos cuidados de saúde, intervalo de nascimento, maternidade na adolescência, entre outros, que são determinados por esses fatores (SLEUTJES *et al.,* 2018; QUARESMA *et al.,* 2018; DHADED *et al.,* 2015; KROPIWIEC; FRANCO; AMARAL, 2017).

O nascimento dos recém-nascidos que foi acompanhado de algum risco, acaba por conferir maior vulnerabilidade e, consequentemente, maior tendência à hospitalização. Os fatores que acarretam hospitalizações e internações nessas crianças quase sempre estão relacionados aos mesmos fatores que induzem à mortalidade neonatal. Os fatores de risco podem ser relacionados às interações sociodemográficas, de assistência e biológicas entre mãe e filho, sendo que os mais encontrados foram associados ao baixo peso ao nascer, prematuridade, anomalias congênitas, índice de Apgar baixo, ser filho de mãe muito jovem, incluindo as causas de problemas respiratórios e afecções perinatais, como, por exemplo, aspiração meconial e icterícia neonatal (BARRETO; SILVA; MARCON, 2013; QUARESMA *et al.*, 2018).

A análise acerca da taxa de mortalidade infantil pode ser utilizada como marcador para medir a situação de saúde de uma população e sua qualidade de vida, assim como para averiguar como os serviços de saúde têm disponibilizado a atenção, podendo ser avaliada sua relação com a efetividade das ações no âmbito da Atenção Primária e de maneira mais direcionada à Estratégia Saúde da Família (ESF). A prevalência da mortalidade infantil pode estar relacionada a fatores sociais, econômicos, biológicos, ambientais, de saúde materna e infantil. A queda nas taxas desde 1990 esteve atrelada a um maior desenvolvimento socioeconômico, diminuição das desigualdades sociais, como também maior acesso aos serviços de saúde, de forma especial com a implementação da ESF (CECCON *et al.,* 2014).

Essa hipótese de relação da redução da mortalidade infantil com a ampliação da Atenção Primária e da Saúde da Família baseia-se na oferta de maior acesso da mulher e da criança aos serviços de saúde, oferta de espaços educativos e preventivos, além da construção do vínculo com os profissionais dessas unidades de saúde. A integração de ações clínicas e de saúde pública tem favorecido a melhoria da qualidade das ações e dos serviços, mas ainda existe a necessidade de enfatizar a articulação da assistência a outros pontos de atenção, como hospitais, serviço social, creches, organizações não governamentais. A falta de integração dentro da rede de atenção acaba por prejudicar o acompanhamento da saúde materno-infantil, aumentando o risco de agravos e óbitos (CECCON *et al.,* 2014; SALES *et al.,* 2013).

O aumento na sobrevida de prematuros, recém-nascidos de baixo peso ou daqueles que sofreram intercorrências graves exige a garantia de uma atenção qualificada e um

seguimento adequado, diante dos riscos e morbidades que essas crianças podem apresentar no decorrer de seu crescimento. As diferenças marcantes na saúde podem incluir sequelas neuropsicomotoras em crianças com baixo peso ao nascer, por exemplo, ou nos prematuros alterações nas habilidades cognitivas, na performance escolar e no comportamento, demonstrando que o acompanhamento dessas crianças precisa ser realizado de forma contínua, pois muitas vezes essas alterações não são reconhecidas precocemente (FERRAZ *et al.*, 2010).

2.3 Saúde da criança no âmbito da Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) em sua concepção mais abrangente vem sendo compreendida como forma de reorientação do modelo assistencial e como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. A partir dessa interpretação ela assume o papel de coordenadora da rede de atenção à saúde, ordenando os recursos em todos os seus pontos de atenção e funcionando como centro de comunicação da rede, buscando assim atender às necessidades e demandas da população (MENDES, 2015).

Nesse intuito, para que a APS consiga qualificar os serviços e alcançar resultados, ela precisa conseguir concretizar seus atributos essenciais – primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, como também seus aspectos derivativos – focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Além desses atributos a APS ainda possui três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. Através da avaliação quanto à consolidação desses atributos e funções que são fundamentais conseguimos reconhecer o grau de interação desse serviço com os usuários e as comunidades (STARFIELD, 2002; MENDES, 2015).

A saúde é reconhecida como um direito desde a promulgação da Constituição Federal em 1988, baseando-se nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, devendo suas ações e serviços serem desenvolvidas de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da comunidade. O seguimento e acompanhamento da situação de saúde da criança é um processo amplo e complexo, que precisa ser compreendido e aprimorado diante das transformações dos serviços de saúde brasileiros (MELLO, 2012).

Ao tratar da atenção voltada à infância encontramos como eixo norteador o processo de crescimento e desenvolvimento, sendo o foco da assistência a vigilância de aspectos e fatores que possam vir a interferir nesse processo, visando minimizar os números de

mortalidade infantil e seus componentes, reduzir a ocorrência e a gravidade das doenças, garantindo melhor qualidade de vida e saúde a essas crianças (MELLO, 2012).

A queda nas taxas de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e o grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis geraram mudanças no perfil demográfico e epidemiológico do país nas últimas décadas, que consequentemente redefiniram as prioridades na Agenda de Saúde pública brasileira, acabando por diminuir a preocupação com a saúde da criança. Dessa forma, maiores esforços e atenção precisam ser voltadas para o cuidado à criança, de maneira especial no âmbito da Atenção Primária através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, como forma de possibilitar redução de agravos de morbimortalidade, além de permitir uma geração adulta mais saudável (BRASIL, 2012b).

Ao tratar das iniciativas de aprimoramento e reorientação da assistência à saúde infantil, encontramos o quanto foram potencializadas de forma mais efetiva e significativa através da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF surge como elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS e para operacionalizar a APS, demonstrando a necessidade de ser estimulada e implementada para a organização da atenção e do sistema local de saúde enfatizando a centralidade na família e direcionamento para a comunidade. Incorpora o princípio da vigilância à saúde e organiza suas atividades propiciando o enfrentamento dos problemas identificados buscando sua resolução (SOARES *et al.*, 2016; GIOVANELLA; MENDOÇA, 2012).

Entre as ações e responsabilidades das equipes de saúde da família sobre a população de crianças, o Ministério da Saúde determina que seja realizado acompanhamento mensal, controle de peso, altura, avaliação clínica, participação em grupos educativos e orientação nutricional. O cuidado a essas crianças deve ser priorizado com base no desenvolvimento de ações de vigilância à saúde, na captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário de atenção à saúde da criança e no cumprimento da proposta de acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento (MELO; UCHIMURA, 2011).

A atenção ofertada pelos serviços de Atenção Primária aos recém-nascidos de risco deve ser realizada de forma especial, programada e sistematizada, devendo sempre incluir no roteiro das consultas a observação e avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança. Por estarem incluídas em grupos expostos a fatores de risco, é preciso que sejam realizadas ações de avaliação do padrão saúde-doença, tendo em vista que essas crianças possuem uma maior vulnerabilidade à morbidade e mortalidade no futuro (MARTINS *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a caderneta de saúde da criança é destacada como ferramenta importante, observando a necessidade de conhecer o que ela propõe e a forma correta de utilizá-la, como no caso da idade corrigida de prematuros, por exemplo, auxiliando na identificação de possíveis desvios no desenvolvimento, demonstrando a necessidade de intervenção ou encaminhamento para outro ponto de atenção (BRASIL, 2015b; MELO; UCHIMURA, 2011).

A assistência ao recém-nascido no âmbito da APS dá ênfase à primeira semana de vida da criança, em que deve ser realizada visita domiciliar a mãe e RN no contexto da família, visando realizar orientação sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na APS. A primeira consulta do recém-nascido deve ser um momento para estimular e auxiliar a família quanto ao aleitamento materno, imunizações, verificação da realização da triagem neonatal, assim como estabelecer e fortalecer a rede de apoio à família (BRASIL, 2012b).

O seguimento é realizado visando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pela equipe de saúde, observando os aspectos de risco e também as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, realizando, se necessário, articulações intersetoriais no território, visando intervir nas vulnerabilidades encontradas (BRASIL, 2012b).

O calendário de consultas das crianças é elaborado em momentos em que o contato entre a família e os profissionais de saúde torna-se fundamental para a vigilância do crescimento e desenvolvimento, incluindo oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. O agendamento das consultas deve ser alterado quando as crianças necessitem de maior atenção, sendo realizadas com maior frequência. Esse calendário deve observar o contexto familiar, as necessidades individuais da criança, além das vulnerabilidades (MARTINS *et al.*, 2015).

Nos momentos das consultas são realizadas avaliações dos profissionais de saúde que devem estar atentos para o crescimento e desenvolvimento global da criança e os problemas de saúde infecciosos, nutricionais, de desmame precoce, erros alimentares, comprometimento do desenvolvimento, entre outros (SOLANO *et al.*, 2019).

A relação entre mortalidade infantil evitável e acesso oportuno aos serviços de saúde, nos instiga a observar de que forma está sendo realizada a atenção no sentido de garantir a universalidade desse acesso e a integralidade como ordena o SUS. As políticas voltadas à atenção infantil propõem que essa seja resolutiva, com acolhimento, realizada de forma humanizada, através da atuação em equipe, incluindo intersetorialidade e responsabilização

pela criança no âmbito da atenção primária, objetivando promover saúde e diminuir os óbitos infantis (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013).

Ao tratarmos da efetividade da APS, a problemática acerca da mortalidade e das hospitalizações por causas evitáveis e sensíveis à atenção primária merecem atenção e análise, sendo este um dos indicadores para avaliação do cuidado nessa instância de assistência à saúde. Deficiência nas ações de diagnóstico e tratamento precoces, ausência de ações de promoção e prevenção atreladas à inexistência de um cuidado adequado e oportuno acabam por gerar um agravamento de condições clínicas que exigem hospitalização ou chegam a causar a morte (OLIVEIRA, 2010; DAMASCENO *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, a Politica Nacional de Atenção Básica vem reafirmar que a APS precisa consolidar certos atributos para ser considerada estratégia de acesso a uma atenção de saúde de qualidade. Precisa ser o principal ponto de atenção, garantindo resolutividade, promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde de maior relevância em seu território, incluindo os critérios de riscos e vulnerabilidades, funcionando como centro de comunicação de toda a Rede de Atenção. Deve dispor de tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliem no manejo das demandas, impactando a situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (NÓBREGA *et al.*, 2013; BRASIL, 2017).

Aliado à realização de ações assistenciais no espaço das Unidades de Saúde da Família cabe destacar o trabalho do Agente comunitário de saúde (ACS) como importante fator para o desenvolvimento de grande parte das ações a partir de sua função de articulação entre usuários e equipe de saúde, possibilitando o fortalecimento do vínculo e aproximação das ações de saúde ao contexto do domicilio (PEDRAZA; ROCHA; SALES, 2016).

A visita domiciliar se apresenta como instrumento principal de ação do ACS, uma vez que consegue identificar agravos e situações de vulnerabilidade que necessitem intervenções da equipe, além de seu potente papel nas atividades educativas e orientações visando promoção de melhor qualidade de vida e saúde das famílias, como também buscando a resolução de problemas encontrados (PAULA; VIANNA, 2017; BRASIL, 2017).

Na atenção à saúde da criança o ACS consegue contribuir como mediador, avaliando a ocorrência de sinais de perigo que a criança venha a apresentar e que indiquem necessidade de encaminhamento para o serviço de saúde através da visita na primeira semana pós-parto e posteriormente, de acordo com as necessidades das famílias. Sua atuação tem contribuído na promoção do aleitamento materno exclusivo, maior cobertura vacinal, fortalecimento das ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, busca ativa, entre outros

cuidados indispensáveis à saúde da criança vinculados as necessidades particulares de cada indivíduo (PEDRAZA; ROCHA; SALES, 2016; BRASIL, 2012a; 2017).

A promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral é um dos eixos estratégicos da PNAISC visando promover e proteger a saúde da criança, destacando a necessidade de cuidados integrais e integrados garantindo o direito à vida e a saúde. Esse processo de atenção deve estar aliado à vigilância e prevenção do óbito infantil, assim como às ações estratégias que incluem o cuidado compartilhado no processo de saída da maternidade e seguimento do recém-nascido de risco, buscando qualificar essas ações considerando os determinantes e condicionantes de vida das crianças e suas famílias no intuito de efetivar o pleno desenvolvimento de forma saudável e harmoniosa (BRASIL, 2015a).

2.4 O cuidado compartilhado e seguimento do recém-nascido de risco

O acompanhamento dos recém-nascidos de risco após a alta hospitalar precisa ser realizado de forma competente por equipes que conheçam as possíveis repercussões em crescimento e desenvolvimento que essas crianças possam vir a apresentar a médio e longo prazos, visando uma intervenção precoce diante das demandas. Nesse sentido, as esquipes da Atenção Primária e da Saúde da família, juntamente com o NASF, as equipes de consultório na rua e as equipes das UBS, precisam estar capacitadas para realizar essa atenção, acompanhar e compartilhar com os ambulatórios especializados buscando a realização do cuidado da forma mais adequada (BRASIL, 2015b).

A articulação do cuidado no processo da alta hospitalar de forma planejada e compartilhada se apresenta como estratégia indispensável na continuidade dos cuidados ao recém-nascido de risco, proporcionando orientações e direcionamento, integrando os pontos de atenção visando promover apoio e assistência à criança e sua família. A atenção primária consegue contribuir de forma especial neste sentido, por estar mais próxima, podendo oferecer o cuidado inclusive no domicílio, sendo possível perceber as reais necessidades do contexto familiar, proporcionando assistência mais direcionada e efetiva, minimizando a ansiedade da família na realização dos cuidados e identificação de possíveis fatores de risco sobre a saúde da criança (SASSÁ *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2010).

A sobrecarga emocional sobre os pais de crianças que apresentaram alguma situação de risco ao nascimento e que precisaram de atendimento ou internação hospitalar antes de serem liberados para alta, traz inúmeras incertezas e insegurança para realização do seguimento da criança ao retornar para casa. Torna-se necessário que os profissionais, desde o

espaço hospitalar, realizem estratégias de suporte e apoio aos pais para realizar a transição da vida hospitalar para o domicílio, esses procedimentos podem incluir ações de cunho emocional, psicológico e que forneçam segurança e competência para o cuidado desses recém-nascidos em suas residências (SASSÁ *et al.*, 2014; COUTO *et al.*, 2014).

As dificuldades com alimentação, como a necessidade de incentivar e manter o aleitamento materno exclusivo, identificação de sinais e/ou sintomas que indiquem intercorrências ou necessidade de intervenção na saúde dos bebês, são cuidados considerados indispensáveis para a sobrevida da criança, que precisam ser acompanhados e observados, evitando possíveis reinternações ou até problemas que possam acarretar óbito (SOUZA *et al.*, 2010).

Além das situações em que os pais não possuem informações adequadas para agir no cuidado aos recém-nascidos, ainda existe o despreparo pela disseminação de informações "errôneas" ou incompletas, de acordo com a realidade dessas famílias, que podem ser transmitidas por outros familiares, incluindo avós, tias, vizinhos, ou no próprio ciclo de cultura observado e repassado entre as gerações dentro da comunidade. Dessa forma, o empoderamento dos genitores poderá fornecer maior segurança, pois eles conseguirão sentir-se mais capacitados para assumir a responsabilidade sobre a continuidade do cuidado com seus filhos (COUTO *et al.*, 2014; WALTY; DUARTE, 2017).

A assistência ao recém-nascido de risco precisa ir além dos cuidados tecnológicos, inserindo os pais na atenção de forma humanizada e participativa, desenvolvendo habilidades, promovendo diálogos e comunicação através de informações com linguagem adequada, de forma compreensível, de acordo com a realidade dos genitores (COUTO *et al.*, 2014).

Por desenvolverem um sentimento de superproteção em relação aos filhos, os pais assumem a ideia de que, mesmo liberados para a alta, as crianças ainda apresentam riscos de saúde e não possuem estabilidade clínica, persistindo a ameaça de intercorrências. Aliado às responsabilidades e rotinas exaustivas, muitas famílias não têm orientação sobre como e onde buscar o apoio para continuação dos cuidados com seus filhos (CUSTODIO *et al.*, 2013).

Caso sejam deixadas lacunas quanto à estabilização das famílias, durante a transição entre a hospitalização e a alta muitos conflitos podem ser gerados, assim, o seguimento ambulatorial e pela unidade de saúde que está mais próxima ao domicílio permitirá o acompanhamento e intervenção imediata caso haja algum comprometimento com a saúde desse recém-nascido (SOUZA *et al.*, 2010).

Na assistência aos recém-nascidos de risco, a articulação entre a atenção básica e hospitalar se apresenta como necessária visando garantir a continuidade do cuidado tendo em

vista seu maior risco de morbimortalidade. Entre as estratégias de articulação e comunicação entre os pontos de atenção podem ser realizados relatório de atendimento (contra-referência), uso de telefone pelos profissionais ou outras alternativas, além da captação da criança através de busca ativa ou visita domiciliar para que se garanta o acompanhamento na atenção básica assegurando uma visão integral e singular sobre a criança e sua família (BUCCINI, 2011).

A Lista de Verificação instituída pela OMS, para partos seguros, traz contribuições indispensáveis, buscando minimizar as principais causas mundiais de óbitos maternos, de natimortos por causas intraparto e de mortes neonatais. Organiza a verificação das ações com base em quatro diferentes pontos de pausa que incluem o momento da admissão, antes da expulsão ou cesariana, logo após o nascimento e antes da alta. Essas ações são voltadas, em sua maioria, à observação de aspectos clínicos visando garantir a estabilidade, identificação de sinais de perigos e agravos que a mãe ou o bebê possam apresentar, e consequentemente realização de intervenções, se necessário (WHO, 2017).

O momento de avaliação e atenção antes da alta, de acordo com a Lista de Verificação, inclui a realização de exame físico da mãe e do bebê, com observação de seus aspectos clínicos para garantir que estão saudáveis, abrange também orientações e discussão sobre planejamento familiar com a mãe e seu acompanhante, assim como indica que seja realizada ação educativa a respeito de sinais de perigo, tanto na mãe como na criança, para o caso de serem necessários cuidados especializados, além de marcação de consulta para seguimento do RN (WHO, 2017).

No entanto, apesar deste instrumento possibilitar maior qualificação na atenção ao parto e nascimento, deixa lacunas quanto a orientações de seguimento com articulação entre os serviços de maternidade e APS. As ações desenvolvidas antes da alta deveriam garantir o encaminhamento para continuidade do cuidado da criança e sua família também no âmbito da atenção primária. O documento afirma a necessidade do seguimento de rotina para a mãe e para o bebê, para que os profissionais de saúde possam detectar precocemente quaisquer complicações, contudo, não integra o cuidado dificultando sua continuidade (WHO, 2017).

Estudo realizado por Aires *et al.* (2017), acerca da análise do processo de referência e contrarreferência de recém-nascidos egressos de UTI neonatal observa o quanto ainda é tímida a comunicação entre os profissionais do serviço terciário e da Atenção primária. Na maioria das vezes o repasse de informações sobre a situação de saúde do RN é feito apenas através do registro de resumo da alta, ou dos dados preenchidos na caderneta de saúde da criança, o que demonstra a inexistência de mecanismos formais de articulação entre os serviços de saúde, dificultando assim, a potencialização e continuidade do cuidado.

Por ser tão frágil a comunicação entre os níveis de atenção após a alta do RN, a responsabilidade do processo de contrarreferência acaba sendo transferida aos cuidadores das crianças, ficando essas famílias muitas vezes sem o seguimento da atenção por não saberem como direcionar a procura pelo atendimento dentro da rede de saúde. Quando se trata de um bebê egresso de hospital particular essa articulação é ainda mais difícil, pois quase sempre o seguimento fica a cargo de pediatra da criança, sendo a relação destas famílias com a atenção primária bastante deficiente (AIRES *et al.*, 2017).

O protocolo de referência e contrarreferência apresenta-se como estratégia de integração dos pontos de atenção dentro da Rede de Atenção à saúde, funcionando como ferramenta colaborativa para realização do cuidado integral. Através desse processo possibilita-se a realização de um cuidado compartilhado entre os serviços visando garantir maior resolubilidade às necessidades dessas famílias. É preciso consolidar o modelo de comunicação interinstitucional, objetivando a garantia de um fluxo referência/contrarreferência entre os serviços de saúde, permitindo o direcionamento da continuidade do cuidado do usuário, de acordo com suas demandas (MELO; CRISCUOLO; VIEGAS, 2016; BRONDANI *et al.*, 2016).

A necessidade de acompanhamento às famílias ao retornarem ao domicílio com seus filhos nos permite questionar se está sendo garantido o acesso ao serviço de saúde, sendo necessária uma atuação mais efetiva das equipes de atenção responsáveis. Os profissionais responsáveis pelo cuidado precisam garantir a continuidade do cuidado, ofertando além da assistência, o gerenciamento na busca de recursos e otimização de resultados, visando à integração das ações em saúde (WALTY; DUARTE, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o cuidado compartilhado aos recém-nascidos de risco, na percepção dos profissionais de saúde da ESF.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos profissionais de equipes de saúde da família participantes do estudo.
- Analisar a percepção da interação e compartilhamento das ações de cuidado aos recém-nascidos de risco entre as equipes da maternidade e da saúde da família pelos profissionais da ESF.
- Identificar as estratégias utilizadas, as dificuldades e desafios nas práticas do cuidado e seguimento do recém-nascido de risco, na perspectiva de equipes da ESF.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, a qual é utilizada tendo em vista que este tipo de investigação se ocupa com uma realidade que não pode ser quantificada (CERVO; BERVIAN, 2007; MINAYO, 2007).

Estudos exploratórios definem objetivos e buscam maiores informações sobre determinado assunto, familiarizam-se com o fenômeno ou obtém nova percepção do mesmo. Realizam descrições precisas da situação e das relações existentes entre os elementos da mesma (CERVO; BERVIAN, 2007).

Para Cervo e Bervian (2007), o estudo descritivo é aquele que observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procurando, assim, descobrir, com precisão, a frequência com que um fenômeno acontece, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.

A abordagem qualitativa foi escolhida como adequada ao objeto de estudo, pois trata do mundo dos valores, dos motivos, dos anseios, dos sentimentos, dos comportamentos. Na pesquisa qualitativa o sujeito se insere refletindo sobre suas atitudes e conseguindo interpretá-las dentro e a partir do contexto social vivido com seus semelhantes (MINAYO, 2007).

4.2 Campo de estudo

A investigação foi realizada no município de Cajazeiras/PB, situado na extremidade ocidental do estado da Paraíba, distante 486 quilômetros da capital do estado, João Pessoa e possui uma população de aproximadamente 61.816 habitantes (IBGE, 2018).

Cajazeiras é sede da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, que reúne Cajazeiras e outros quatorze municípios. Possui um Hospital Regional que atende a todos esses municípios, custeado pelo governo estadual. Além disso, possui ainda 01 UPA, SAMU (Unidade de Suporte Básico e Avançado), CAPS III, CAPS AD e CAPS infantil, 01 CEO (Centros de Especialidades Odontológicas) modalidade II. Abrange ainda algumas clínicas de atendimento médico especializado do setor privado.

O município apresenta cobertura da Estratégia Saúde da Família de 100,00%, sendo no total 24 Unidades de Saúde da Família, incluindo zona urbana e zona rural. Todas as equipes das USF possuem em suas equipes profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem,

agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal. Possui 3 equipes de NASF, na modalidade1, que dão suporte às USF do município. Oferece no nível de média complexidade um serviço de atendimento especializado, a Policlínica.

Na rede de atenção à saúde da criança do município de Cajazeiras existe o serviço de atendimento especializado, através da Policlínica, gerida pela secretaria municipal de saúde, que oferta vagas para consultas com profissional pediatra. Possui em anexo ao Hospital Regional uma Maternidade, que possui uma Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) atendendo também a todos os municípios da região de saúde. Inclui entre os serviços ainda um Banco de Leite, que realiza consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por enfermeiros e em algumas ocasiões encaminha para o pediatra.

No suporte às urgências, assim como na oferta de seguimento ambulatorial especializado, existe o Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), vinculado à EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), que atende demandas pediátricas que não podem ser resolvidas no âmbito da atenção primária. São disponibilizadas vagas para consultas eletivas de atendimento pediátrico encaminhados por outros pontos da rede, como as USF, dando um apoio na assistência especializada, além disso, são ofertadas também vagas para seguimento de egressos, crianças que passaram por internação hospitalar e que necessitam de uma continuidade na atenção no ambulatório de pediatria.

Ao tratar de serviços de referência na atenção à saúde de gestantes e recém-nascidos de risco são realizados encaminhamentos para a Policlínica, que além das consultas com pediatra oferece algumas vagas para ginecologista e obstetra. O banco de leite também possui essas especialidades, atendendo a gestantes e crianças que possuem algum risco, além do HUJB que disponibiliza atenção a esses pacientes, sendo todos esses serviços referenciados por meio das USF e todos atendendo aos quatorzes municípios da 9º região de saúde.

4.3 Participantes do estudo

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram os profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas diretamente ao cuidado do recém-nascido.

Para realização das entrevistas foram selecionadas as 24 equipes das USF utilizando como critérios de inclusão: os profissionais diretamente ligados ao cuidado de recém-nascido de risco no seguimento pós-hospitalar (1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 1 agente comunitário de saúde (ACS) por equipe de USF).

Os critérios de inclusão para escolha do ACS por equipe foram o que apresentasse no seu território maior número de RN de risco e área de maior vulnerabilidade familiar. Os ACS foram selecionados a partir dos relatos da equipe e de forma empírica, de acordo com o contexto de cada ESF.

Os critérios de exclusão incluíram os profissionais que estavam no período de férias no momento da pesquisa, ou que não desejassem participar do estudo. Perfez um total de 39 participantes, sendo todos os profissionais atuantes nas USF.

4.4 Coleta dos dados

O instrumento escolhido para concretização da pesquisa foi uma entrevista semiestruturada, abrangendo perguntas fechadas e abertas, permitindo ao entrevistado a liberdade de discorrer sobre o assunto em questão sem se prender a questões já formuladas e que possam restringir seus pensamentos e emoções (MINAYO, 2007).

Inicialmente foi preenchido um questionário com perguntas fechadas visando à construção do perfil dos profissionais entrevistados, incluindo dados pessoais e relativos à formação e trajetória profissional. Junto a esse foi elaborado um roteiro para desenvolvimento da entrevista com perguntas abertas, em que o entrevistado discorreu livremente sobre os questionamentos relativos ao objeto de pesquisa.

O início da coleta dos dados para a realização da pesquisa ocorreu após obtenção da carta de anuência pela secretaria municipal de saúde do município de Cajazeiras, como também após submissão e aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

As entrevistas foram realizadas com os profissionais após agendamento prévio, em seus respectivos campos de serviços de acordo com sua disponibilidade, ficando a cargo do entrevistado escolher a melhor oportunidade para realização da entrevista.

A escolha da ordem das entrevistas foi feita de forma aleatória conforme resposta das equipes das USF aos convites realizados para participação da pesquisa Conforme eram agendadas, foram respondidas pelos profissionais de cada equipe que aceitavam participar. Assim, como atingiu o critério de saturação não foram entrevistadas todas as equipes, pois foi dada prioridade às respostas da equipe completa e não de forma variada entre os profissionais do município.

A coleta de informações durante as entrevistas foi registrada através de aparelho eletrônico (gravador digital) mediante a autorização dos participantes. Inicialmente, foi realizada uma explicação dos objetivos da pesquisa aos profissionais, como também a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE A), assegurando-lhes o respeito ao anonimato e à liberdade de recusa em participar da pesquisa.

O tempo de duração de cada entrevista variou de cinco a 20 minutos. As entrevistas foram interrompidas mediante o critério de saturação teórico-empírico dos discursos.

4.5 Análise dos dados

A organização e tabulação dos dados provenientes das questões fechadas do questionário ocorreram por meio do programa de tabulação de dados SPSS versão 21.0, de 2012, visando estabelecer frequências e percentuais acerca do perfil dos profissionais. As informações provenientes das questões abertas foram transcritas na íntegra para o programa Microsoft Word versão 2013.

Os dados das entrevistas que foram abordados em forma de questão aberta, após a transcrição, foram analisados a partir da análise de conteúdo, na modalidade temática, através da descoberta de núcleos de sentido que façam parte da comunicação e que devido à presença e/ou frequência possam trazer significados para o objetivo desejado (BARDIN, 2011). Seguiram-se as etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados - inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise foi realizada uma leitura flutuante dos dados transcritos permitindo a elaboração de hipóteses; na exploração do material foi feita a seleção das falas obtidas dos sujeitos por meio de leituras exaustivas permitindo a organização das categorias. Após esse percurso, foi realizada a interpretação dos dados e tratamento dos resultados de acordo com os objetivos iniciais, sendo construído sob a luz do referencial teórico existente abordando o tema da pesquisa.

As categorias foram estabelecidas associando os resultados aos objetivos do estudo, determinando a divisão em três categorias: Percepção das equipes de ESF acerca da relação entre as equipes da maternidade e equipes de saúde da família no cuidado ao recém-nascido de risco; Seguimento do cuidado do recém-nascido de risco no âmbito da Atenção Primária e; Desafios para a promoção do cuidado compartilhado do recém-nascido de risco. Os participantes foram identificados pelas letras "E" para Enfermeiros, "M" para Médicos, "T"

para Técnicos de Enfermagem e “A” para Agentes Comunitários de Saúde, garantindo o anonimato.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), vinculado à UFRN, conforme determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, a qual trata da pesquisa com seres humanos. Recebeu aprovação em 02 de agosto de 2019, mediante o parecer consubstanciado nº 3.483.128 e parecer CAAE 15680419.6.0000.5292. Possuiu financiamento próprio e não houve conflitos de interesse envolvidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil dos entrevistados

Quanto à caracterização do perfil dos entrevistados, houve o predomínio do sexo feminino, 79,5% (N=31), a categoria profissional com maior contribuição foram os enfermeiros, 28% (N=11). No que concerne à faixa etária, houve predominância entre 30 e 40 anos 38% (N=15), apontando que os depoentes integram um segmento produtivo de nossa sociedade (Tabela1).

Uma vez questionados quanto ao tempo de atuação em ESF, 49% (N=19) possuíam entre 1 e 5 anos de serviço público. Ao tratar da experiência em serviços que atendessem aos recém-nascidos de risco, apenas 28% (N=11), afirmaram já ter atuado em estabelecimentos de saúde com assistência a essas crianças. Do total de entrevistados, 41% (N=16), referem ter recebido algum tipo de capacitação referente à atenção ao bebê de risco. Ademais, 67% (N= 26), confirmaram aproximação com o tema durante a formação profissional, sendo que 49% (N=19) referiram que essa aproximação foi por meio de disciplinas afins.

Tabela 1 – Perfil e caracterização dos participantes

VARIÁVEIS	**Caracterização dos Participantes**	
	F	**%**
Sexo		
Feminino	31	79,5
Masculino	08	20,5
Categoria Profissional		
Médico	09	23
Enfermeiro	11	28
Técnico de Enfermagem	09	23
ACS	10	26
Idade		
20 ┤ 30 anos	10	26
30 ┤ 40 anos	15	38
40 ┤ 50 anos	10	26
Acima de 50 anos	04	10
Tempo de experiência em ESF		
Menos de 1 ano	06	15
1 ┤ 5 anos	19	49
6 ┤ 10 anos	07	18

11 ┤ 20 anos	07	18
Capacitação referente à atenção ao bebê de risco		
Não	23	59
Sim	16	41
Experiência em outros serviços que atenda a RN de risco		
Não	28	72
Sim	11	28
Aproximação com o tema durante a formação profissional		
Disciplina afim	19	49
Disciplina específica	7	18
Não teve aproximação com o tema	13	33
TOTAL	39	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A partir da análise do conteúdo das entrevistas, emergiram três categorias que refletem como ocorrem as ações de compartilhamento do cuidado entre a maternidade e Atenção Primária no processo de alta do recém-nascido de risco, sendo essas: Percepção das equipes de ESF acerca da relação entre as equipes da maternidade e equipes de saúde da família no cuidado ao recém-nascido de risco; Seguimento do cuidado do recém-nascido de risco no âmbito da Atenção Primária e; Desafios para a promoção do cuidado compartilhado do recém-nascido de risco

5.2 Percepção das equipes de ESF acerca da relação entre as equipes da maternidade e equipes de saúde da família no cuidado ao recém-nascido de risco

Evidenciou-se uma fragilidade de caráter comunicativo entre os serviços de maternidade e as equipes de Atenção Primária, fato que resulta da fragmentação do cuidado compartilhado em rede, o qual vulnerabiliza a criança que receberá alta hospitalar, desqualificando a atenção integral preconizada pelo SUS, conforme os depoimentos a seguir:

> Primeiro eu acho que é assim um pouco falho, esse serviço dessa alta compartilhada, mas quando diz alta compartilhada o nome compartilhamento já tá dizendo, tem que ter uma, eu acredito que tem que ter uma interação tanto do serviço, no caso hospitalar da maternidade, que tá dando a alta daquele recém-nascido, com a unidade que é onde ele recebe os primeiros cuidados de vida (T4)

> Como teve essa menina da síndrome de Brida, a menina nasceu toda deformada, veio pra cá, a gente que se virasse. Não veio nada, só dizendo que ela tinha nascido com má formação. E lá disseram que era do ácido fólico, jogaram pra cá né? Que a gente deu ácido fólico demais a mulher [...] (E7)

O discurso de E7 transparece claramente a desarticulação no compartilhamento de ações entre os níveis assistenciais, sendo o cuidado realizado de forma individualizada em cada um dos serviços de atenção. Para Correia *et al.* (2019) a rede de atenção deve atuar de modo integrado, permitindo que as intervenções do cuidado sejam efetivadas de forma contínua, reconhecendo a interdependência entre as instâncias que assistem o usuário.

O trabalho em rede corresponde a uma estratégia operacional, que vislumbra articular políticas públicas no sentido de superar problemáticas complexas, além de transpor a fragmentação das condutas governamentais. Embasa-se na intersetorialidade como instrumento para otimizar os saberes e práticas que fortaleçam a prática social compartilhada (LOLIS; MOREIRA, 2016).

Os depoentes alegam que o processo de comunicação e compartilhamento de ações é desarticulado, sendo utilizada como ferramenta de comunicação o resumo de alta, o único instrumento recebido pelos profissionais da ESF, para dar seguimento à assistência dessas crianças:

> Não existe essa alta compartilhada, porque? Porque as informações que eu tenho, é via resumo de alta [...], pouquíssimas informações, só o crucial mesmo. (E11)

> Tudo se restringe ao papel da alta e o que vier escrito nele. (T1)

> As mulheres trazem pra gente uma ficha de alta que apenas tem o peso da criança, o comprimento, o Apgar, o dia que entrou e o dia que saiu (E9)

O resumo de alta se apresenta como documento estratégico à continuidade do cuidado, devendo trazer uma narrativa detalhada da assistência prestada à criança durante o período de internação desde o nascimento até a alta hospitalar. O registro adequado dessas informações aliado às orientações para o seguimento após a alta contribui para nortear seu processo de atenção futuro, possibilitando ofertar maior segurança ao usuário, minimizando as lacunas na assistência e tomada de decisão desfragmentada (REIS *et al.*, 2015).

A utilização do sumário de alta pode ser considerada como auxílio para compreensão dos aspectos envolvidos no processo saúde-doença dos recém-nascidos de forma a melhor orientar o serviço permitindo seu acompanhamento. As informações disponíveis nesse

relatório ajudam às equipes de APS a estimular e reforçar as orientações e condutas indicadas para além do ambiente hospitalar.

Os entrevistados demonstraram inquietude quanto à carência, nesse resumo, de orientações quanto às especificidades de cuidados para o seguimento do RN de risco, bem como a carência de registros sobre o processo de parturição e condições de nascimento, os quais devem constar na caderneta de saúde da criança:

> Já tive história de criança ter tido internamento na UCI neonatal e aí a alta não constavam informações que esclarecia o motivo dela tá internada na UCI. E veio uma alta incompleta, uma alta hospitalar do RN incompleta Eu fiquei muito na dúvida. O que a criança apresentou? Porque que ela foi pra UCI? Senti falta dessas informações(M7).

> Eu sequer cheguei a ver uma notificação no finalzinho da caderneta da criança[...] se aquela criança nasceu, por exemplo, soropositivo pra HIV, se é assintomático ou se não, se tem alguma contraindicação de qualquer imunobiológico (T4).

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) aliada ao formulário de alta hospitalar são estratégias operacionais que direcionam as práticas de saúde interprofissionais e colaborativas na rede de atenção. Esses instrumentos precisam ser otimizados quanto a sua utilização e preenchimento, podendo fornecer subsídios quando houver necessidade de intervenção diante da condição de saúde ou vulnerabilidade a que uma criança e sua família estejam submetidas.

Ratificando o exposto acima, Abud e Gaiva (2016) abordam que a CSC se apresenta como instrumento indispensável ao cuidado integral, pois, contribui para o compartilhamento de informações entre os diferentes profissionais e direciona as condutas na atenção a saúde.

A ausência de um compartilhamento de atenção consolidada entre os serviços permite demonstrar a importância da comunicação entre esses pontos da rede de atenção. Assim, esses profissionais relatam a dificuldade que encontram diante da ausência de um sistema consolidado de referência e contrarreferência, ferramenta indispensável para uma oferta de assistência continuada.

> A gente faz um encaminhamento para maternidade contando a história tudo bem direitinho, só que a gente nunca obtém contra referência. Na verdade, eu acho que é muito difícil, poucos médicos fazem contra referência. Então é muito deficiente essa questão de comunicação. (M4)

> Eu acharia muito importante que tivesse uma contrarreferência, porque como a gente referência é, os RNs e a mãe também né? Assim, nesses casos, é, a gente espera que venha alguma resposta. Como foi que aconteceu o parto, quais as complicações e o que foi que aconteceu, e a gente não tem essa resposta por parte da, da parte da maternidade ou qualquer outro, outra entidade. (E5)

O sistema de referência e contrarreferência é entendido como um mecanismo de encaminhamento mútuo de usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços, sendo um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho, contribuindo para a integração das redes de saúde. A utilização da referência e contrarreferência possibilita o acompanhamento profissional do usuário e favorece o seu acesso a todos os níveis assistenciais. No entanto, para que se torne um sistema de comunicação efetivo, é necessário que as unidades do sistema estejam organizadas, articuladas, rompendo com a fragmentação do cuidado, em que os pontos de atenção à saúde encontram-se isolados e incomunicáveis uns com os outros (COSTA *et al.*, 2014).

Ao tratar da alta hospitalar do RN, o método Canguru, em sua terceira etapa, reforça a importância da organização de um plano de alta visando proporcionar maior segurança aos pais e orientando quanto aos retornos para acompanhamento, garantindo o seguimento de forma adequada. Esse plano de cuidados deve ser priorizado como indispensável na promoção da saúde dessas crianças, em que na maioria das vezes são valorizados apenas os aspectos imediatos da assistência, excluindo as atividades educativas e o preparo para alta (BRASIL, 2018b; SALES *et al.*, 2018).

Na percepção dos profissionais da ESF a ausência de uma assistência planejada e compartilhada pelos serviços de atenção acaba por interferir no seguimento dos recém-nascidos de risco. Quando não há reconhecimento do papel de cada um dos pontos de atenção, as famílias ficam perdidas quanto ao seguimento do cuidado, ficando com a responsabilidade de procurar assistência. Referem ainda que essa falta integração gera dificuldades para compreender o processo saúde-doença dessas crianças na realização do cuidado, pois não têm conhecimento acerca de suas especificidades durante o nascimento e tempo de internação hospitalar.

> Um senhor veio e comprou uma Kanakion pra fazer num recém-nascido porque achava que era uma prescrição. Ele não entendeu que aquilo ali tinha sido administrado lá, quando a criança nasceu, porque ele não sabia ler e não foi explicado a ele o que era aquilo ali. (E4)

> Porque muitas vezes a gente faz tudo as cegas, entendeu? Vamos supor, elas dizem assim, “Não sei porque que esse menino ficou”. “parece que é um tal de um sopro no coração”, “parece que ele adquiriu pneumonia”. Será que foi pneumonia ou foi alguma outra doença, ninguém orientou para procurar o posto, tá entendendo? (M9)

As diretrizes de cuidado determinam, entre as indicações, que seja realizado contato com a ESF garantindo um agendamento programado da consulta, ressaltando a importância

do acompanhamento e promovendo veiculação do novo usuário a sua equipe de referência. Além disso, reafirma a abordagem por meio de processos educativos que possibilitem maior autonomia aos cuidadores no momento do retorno ao domicílio (BRASIL, 2018b).

As ações precisam ser elaboradas objetivando garantir, por meio da articulação entre os níveis assistenciais, que as famílias possam sentir-se assistidas no cuidado ao RN de risco. Dessa forma, faz-se importante ponderar acerca da forma como a gestão estadual/municipal tem determinado e orientado a interação entre os serviços de forma a cumprir o que preconiza a Rede cegonha aliada ao Método Canguru no processo de atenção e seguimento dessas crianças no momento da alta hospitalar, no sentido de regulação e ordenamento do cuidado.

5.3 Seguimento do cuidado do recém-nascido de risco no âmbito da Atenção Primária

As ações realizadas pela Atenção Primária no seguimento do cuidado ao RN de risco são descritas pelos profissionais abrangendo a visita puerperal e ao recém-nascido, e as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, denominadas como consultas de puericultura, por alguns entrevistados:

> Eu posso citar como primeira atividade a questão da consulta de puerpério né? [...] . Então até o sétimo dia de vida do bebê eu procuro priorizar essa visita, então é a primeira consulta que eu faço com a mãe, né, após o parto e com o recém-nascido. E sim, em seguida a puericultura. Né? (E9)
>
> Consulta de puericultura, né? É, vacinação. É só puericultura e vacinação. (M2)
>
> Tem a primeira visita da enfermeira e, mensalmente tem o peso. Que é a antropometria. Né? A enfermeira também, até 2 anos, ela acompanha o bebê. Caso necessita, orienta pra ir pro pediatra [...]. Se vê que não é coisa muito grave, pede pra passar no médico da unidade mesmo. (A10)

Os profissionais associam o processo de acompanhamento das crianças em grande parte a procedimentos técnicos, como medidas antropométricas e imunização, esses relatos geram questionamentos quanto à forma de condução das consultas ofertadas no que diz respeito a uma abordagem de forma integral. O cuidado a essas crianças precisa incluir além dos fatores biológicos todos os aspectos que possam interferir em seu processo saúde-doença, devendo ser assistida de acordo com suas múltiplas necessidades.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento realizado pelos profissionais da APS proporciona à criança as avaliações necessárias nos primeiros anos de vida visando o crescimento e desenvolvimento plenos, contribuindo na redução das taxas de mortalidade

infantil. Esse seguimento avalia a condição de saúde das crianças a médio e longo prazos, tratando e prevenindo precocemente possíveis alterações e vulnerabilidades, promovendo melhor qualidade de vida e saúde (CARETI *et al.,* 2016).

Na primeira semana após a alta, o primeiro encontro da equipe da ESF com o neonato acontece através da visita ao domicílio, que deve acontecer até o quinto dia útil após a saída do hospital, proporcionando compreender as condições do nascimento da criança e os motivos da internação hospitalar, observação dos fatores de risco, sendo um momento que possibilita identificar as necessidades da criança e sua família além de garantir a continuidade do cuidado através do encaminhamento para as consultas de acompanhamento do RN (LUCENA *et al.*, 2018).

Quanto à realização das visitas, alguns profissionais afirmam tentar realizar até os sete dias após alta da criança, demonstrando que muitos deles consideram esse o prazo ideal para realização dessa visita independente de tratar de recém-nascidos de risco ou não. E, ainda assim, nem todos demonstraram conseguir realizar até sete dias em virtude da disponibilidade de tempo e demanda de tarefas:

> Acho que assim, ação mesmo, se volta é a visita e, tentando fazer nessa primeira semana. Mas nem sempre é possível (E3).
>
> Eu não vou dizer que todas eu consigo fazer na primeira semana, aí assim quando a gente vai ver, as orientações já têm passado. [...] a sobrecarga de trabalho do enfermeiro complica bastante, prejudica, a demanda é grande (E6).

Pode-se inferir que esses recém-nascidos não têm recebido a atenção de acordo com suas necessidades e particularidades. Quando a visita não é realizada em tempo oportuno, a equipe de saúde perde a oportunidade de verificar as condições de adaptação daquela criança em seus primeiros dias de vida ao ambiente domiciliar. Compromete-se, portanto, a identificação de alterações e/ou vulnerabilidades enfrentadas pela família após a alta.

Com relação ao seguimento dos RNs de risco, o Ministério da Saúde define na terceira etapa do Método Canguru, que o acompanhamento da criança é domiciliar, devendo ser compartilhado com a APS e seguimento ambulatorial, com agendamento da primeira consulta para até 72 horas após a alta. O bebê deverá passar por três avaliações na primeira semana incluindo a visita domiciliar, consulta na maternidade e na ESF. Na segunda semana, os retornos são em dois momentos, sendo um novamente à maternidade e outra consulta na ESF ou visita domiciliar. E a partir da 3ª semana, uma consulta uma vez por semana, podendo alternar maternidade/ESF (BRASIL, 2015b).

Quando questionados sobre o agendamento de consulta de acompanhamento dessas crianças de risco, observamos que poucas USF seguem o roteiro de atendimentos proposto pelo Método Canguru. Em sua maioria referem o acompanhamento de forma mensal, não havendo um cuidar diferenciado embasado na vulnerabilidade e condição clínica de nascimento da criança:

> Aí é que tá. Ela fica basicamente na conduta dos outros RNs. Ela fica... a gente não acompanha...É, de forma diferenciada. Não tem esse olhar diferenciado. Né? (E3)
>
> Vem pesar, medir todo mês com as Agentes de Saúde. Passa por mim se tiver algum probleminha, passa pela enfermeira também. Assim, acaba que a gente faz aqui com esses pacientes como os pacientes que não tem nada. [...] (M6)

Com relação ao atendimento ser realizado de forma diferenciada, na fala dos depoentes geralmente é associado à diminuição no intervalo das consultas, dependendo da necessidade da criança. Além disso, para os entrevistados, esse cuidado é considerado consolidado quando as crianças conseguem ser atendidas em outros pontos da rede:

> Baixo peso, em geral, fica voltando de 15 em 15 dias[...] Dependendo do grau do baixo peso às vezes vem acompanhamento semanal, podendo ser também quinzenal e, quando não é baixo é mensal (M2).
>
> Diminuir o intervalo né pra poder ver a questão de suplementação da criança, vendo a questão do peso pra poder ir mudando a suplementação né, que eles saem precisando (M9).

As equipes não se encontram preparadas para acolher e acompanhar as crianças de risco, pois desconhecem especialmente suas necessidades específicas. Quando há o reconhecimento de que todos são atendidos da mesma forma, fica evidente a falta de compreensão sobre as singularidades dos bebês de risco, sobre os principais problemas relacionados ao crescente aumento da mortalidade neonatal, demonstrando que esse processo de atenção precisa ser modificado.

Ao tratar do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento que deve ser realizado de forma compartilhada pela equipe de APS é revelada nos discursos a ausência do profissional médico, na maioria das equipes, que é incluído no acompanhamento na maioria das equipes apenas quando é detectada alguma alteração que necessite encaminhamento.

> Aqui na minha unidade o médico não faz consulta [...] não faz consulta de puericultura. Eu faço a consulta, quando a criança apresenta alguma alteração, aí eu procuro. (E9)

> Na unidade de saúde nós temos só o acompanhamento da enfermeira e do agente de saúde que a gente que faz esse, essa, que tem essa preocupação infelizmente ainda o nosso companheiro médico ele não parece, é como se ele não tivesse essa preocupação né? Que eu acho que é de modo geral isso acontece, mas em específico aqui. (A1)

Esse aspecto pode ser um fator que contribui para que grande parte dos profissionais reconheçam como necessidade o compartilhamento do cuidado dessas crianças de risco associado ao acompanhamento do profissional pediatra. O que se observa é que a qualidade do atendimento, na visão desses profissionais, fica atrelada à presença desse especialista para dar suporte ao seguimento dessas crianças.

> A dificuldade de aqui a gente tem muito, por exemplo, uma criança, um recém-nascido pra passar num pediatra, é uma dificuldade muito grande. Pelo menos até o seu sexto mês, por exemplo? Porque é o período que a gente deve ter mais atenção, de uma exclusividade com um pediatra. Mesmo que ela não precise em si de saúde, mas de uma orientação. (A5)

> Tinha que ter uma ação, uma atenção mais voltada para o cuidado em relação a profissionais. Especialidades. Nesse caso aí. Que deixa, às vezes, a desejar em muitas coisas. (A10)

> Sim, que tivesse disponível um pediatra pra que fizesse o acompanhamento dessa criança, pelo menos no primeiro ano de vida. No meu ponto de vista era pra ter um pediatra porque o pediatra é exclusivo pra criança. (A7)

Existe a necessidade de articular as ações tanto no âmbito da rede de saúde, sendo preciso que os diversos níveis de atenção se organizem visando compartilhar a assistência garantindo a integralidade do cuidado, quanto no espaço das equipes de saúde das ESF. Essas ações precisam ser realizadas valorizando a interação de todos os saberes e práticas, de maneira a construir e reelaborar o cuidado de forma interprofissional.

O trabalho interprofissional e colaborativo é apresentado como forma de possibilitar um cuidado resolutivo, que atenda as necessidades dos usuários e sua família de maneira integral. A atenção deve ser pautada na interdependência e integração das ações, de forma a se construir parcerias através do compartilhamento de responsabilidades, com reconhecimento de objetivos em comum e valorizando a contribuição de cada um para obter maior capacidade de respostas aos problemas e às necessidades de saúde (COSTA *et al.*, 2018; PEDUZZI, AGRELI, 2018).

A equipe responsável pelo cuidado na APS precisa construir processos de avaliação e revisão de seu processo de trabalho buscando identificar as fragilidades na assistência, implementando a qualificação da consulta, promovendo a promoção da saúde, redução de riscos, prevenção de agravos, para consolidar e aprimorar o cuidado dispensado pelas equipes de ESF, tornando-o efetivo.

5.4 Desafios para a promoção do cuidado compartilhado do recém-nascido de risco

Ao tratar dos fatores que dificultam e têm sido entraves para a integração dos serviços, no intuito de consolidar a atenção ao recém-nascido de risco, nesse processo de cuidado, são destacados alguns aspectos definidos entre a maioria dos participantes da pesquisa.

A ausência de atividades de educação permanente, de forma especial com relação ao cuidado do RN de risco, é definida como a principal carência, em que os profissionais demonstram a necessidade de capacitações visando o aprimoramento da atenção.

Os profissionais destacam a importância do aperfeiçoamento através de atividades interprofissionais de educação permanente que discutam o manejo do RN de risco, a partir das USF:

> Seria interessante que a gente recebesse capacitações. Quais são as crianças são consideradas de risco? Como que a gente deveria manejar? Quando que a gente encaminharia para o pediatra? Quando que a gente poderia deixar e acompanhar só pelo PSF mesmo? A gente precisa de capacitação né, em relação a essas crianças de risco. (M7)

> O quê que poderia melhorar? Realmente, a questão de qualificação pra gente. Entendeu? Pra todos os enfermeiros. A qualificação. Porque acaba que a saúde da criança é, de certa forma, um pouco escanteada, nas unidades de saúde. Sempre se preocupam mais com o hipertenso, com o diabético, com a gestante. Até o dia de parir, porque depois que ela pariu, ela é ‘escanteada’ também. Entendeu? (E9)

Apesar de existirem programas de capacitação definidos pelo MS para os profissionais, percebemos nos discursos que não é disponibilizado pela gestão momentos de encontros para essas atividades educativas. Como também não foram referidas iniciativas de atitude profissional ativa de buscar as orientações de ofertas pedagógicas disponibilizadas nas redes de educação permanente e nos protocolos do cuidado.

Para essas equipes, o despreparo se configura como fator que dificulta a realização da atenção, impedindo que sejam atendidas as demandas da criança e suas famílias. Assim, muitos julgam que o usuário precisa ficar se deslocando entre os pontos da rede buscando o atendimento de necessidades que muitas vezes poderiam ser solucionadas na APS.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) quando orientada para uma aprendizagem significativa possibilita uma reformulação do saber, orientando mudança e transformação nas práticas tradicionais em saúde, voltando-se a uma reflexão crítica sobre os processos de trabalho. Permite além da atualização cotidiana das práticas de atenção, o compartilhamento e construção do conhecimento através do diálogo entre serviço, profissionais e usuários (FERREIRA *et al.*, 2019).

Os achados encontrados, ao avaliar o perfil dos entrevistados, permitem identificar que em sua maioria (59%) afirmam não ter participado de capacitação referente à assistência dessas crianças, demonstrando a necessidade de ênfase nas atividades de EPS que favoreçam o aprimoramento desses profissionais no desempenho do cuidado.

Ao caracterizar os profissionais que relataram ter participado de algum tipo de capacitação referente ao cuidado do recém-nascido de risco encontra-se em sua maioria as categorias médico e enfermeiro, totalizando 75% desses. Houve ainda agentes comunitários de saúde e técnico de enfermagem que afirmaram ter alguma experiência com atividade educativa que envolvesse o tema, essas duas categorias assumiram 25% dos profissionais que foram capacitados sobre a atenção a essas crianças.

A atenção ao neonato de risco precisa ser estruturada e organizada, no sentido de suprir as necessidades de saúde desse grupo vulnerável. Para tanto, devem ser garantidos recursos materiais e humanos habilitados e capazes de garantir atenção adequada à saúde dessas crianças, como o acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família, uma vez que estes profissionais atuam diretamente no ambiente e família da criança, permitindo reconhecer e reduzir situações de risco que comprometam sua saúde (MARTINS *et al.*, 2015).

Esse aspecto relativo à carência de suporte científico e embasamento para o desenvolvimento das práticas de cuidado nos permite interrogar também com relação à formação profissional dessas equipes de saúde. Quando avaliamos os dados observamos que apenas 18% dos profissionais tiveram acesso à disciplina específica sobre a atenção a esses recém-nascidos. Dos entrevistados, 49% teve aproximação através de disciplina afim, que pode tratar de diversos temas referentes à atenção à saúde da criança, e 33% relatou nenhuma aproximação durante sua formação.

Cabe estimular uma maior abordagem no âmbito das instituições de ensino que sejam responsáveis pela preparação dos profissionais que estarão à frente dos serviços de saúde. Diante da relevância e da necessidade de implementação de ações visando qualificar a atenção à saúde da criança desde a gestação, é imprescindível que essas instituições educacionais analisem a grade curricular e disciplinas propostas para formação.

Ainda entre os desafios a serem superados para consolidar a atenção ao bebê de risco, pode-se destacar a responsabilização dos gestores no sentido de promover e articular ações que consigam favorecer uma relação de compartilhamento de cuidados dentro da rede de atenção a saúde:

> Eu acho que cada coordenador né, coordenador da atenção básica, é, os coordenadores da vigilância epidemiológica, enfim todos aqueles coordenadores que são responsáveis por essa gerência do cuidado, eles deveriam justamente fazer essa intersecção da rede. (T3)

> Não sei se por conta de gestão ou por conta de coordenações e afins, um empenho em relação a isso. Tá entendendo? É como se fosse visto que todas as crianças saem da maternidade, vão pra casa saudáveis e não é assim (E2)

Essa articulação da gestão inclui, conforme referido pelos entrevistados, o provimento de profissionais suficientes, permitindo que haja tempo, dentro das atribuições, para realizar os encaminhamentos e preenchimento de contrarreferência, diante da sobrecarga de trabalho nesses serviços, impedindo que consigam realizar o cuidado de forma compartilhada com as equipes de APS:

> O que é que poderia ser feito para melhorar? É, melhorar o quadro funcionários da maternidade, acho que seria um passo inicial. Né? Melhorar assim, a questão da quantidade, na verdade, dos funcionários que trabalham pra poder ter uma melhor integração dessa alta. (M4)

> Muitas vezes não acontece porque os profissionais não querem, às vezes falta boa vontade, certo? De fazer, às vezes é porque não quer mesmo, às vezes é porque já tão esgotados do trabalho mesmo que é muito cansativo. (M9)

> Eu acho que é muito difícil em relação ao profissional porque eles já estão exaustos né de trabalhar bastante durante, tem noites que é a noite inteira a mulher parindo lá aí fica difícil, mas quem sabe se tivesse uma pessoa que acompanhasse e que passasse todo esse relato pra UBS, eu acho que caminharia melhor. (A6)

A sobrecarga de trabalho relatada pelos profissionais permite identificar problemas como a falta de pessoal, podendo comprometer um cuidado qualificado. A gestão dos serviços precisa estar atenta ao dimensionamento dos profissionais que, se inadequado, pode interferir na adesão às estratégias ou mudanças pensadas para essas instituições por considerarem se tratar de aumento nas tarefas desempenhadas (MACHADO; DAL POZ, 2015).

A ausência de um de protocolo estabelecido pelos serviços como forma de rotina para os profissionais realizarem o encaminhamento dos RNs também é citada como desafio. Por meio desse protocolo seriam definidas quais informações e modos de encaminhamento que

seriam utilizados pelos profissionais, abrangendo dados documentais, referência e contrarreferência, seguimento feito de forma integrada, como forma de minimizar lacunas na realização desse cuidado:

> Eu acho que não tem protocolo, né, protocolo pra seguir. Porque tem que ser uma coisa documentada, tem que ter um fluxograma, alguma coisa. Porque se ficar solto, assim, alguns profissionais vão querer outros não. Porque, querendo ou não, trabalha mais, né? Então tem que ser uma coisa protocolada mesmo. Pra poder funcionar pra todos de forma hegemônica mesmo. (M6)

> Estabelecer um protocolo desse RN de risco, dizer como é que deve ser o cuidado, se ele tem que voltar pra maternidade pra uma consulta com o pediatra, por quanto tempo e se... se o médico de saúde da família ver alguma coisa diferente aí sim encaminhar e ficar nesse cuidado continuado pelo menos por dois anos (M8) .

Tais protocolos poderiam contribuir para implementar a integração entre os serviços após a alta, sendo sugerida a construção de um instrumento visando a realização da contrarreferência, auxiliando no seguimento do cuidado da criança pela atenção primária.

Os protocolos podem ser utilizados como instrumentos norteadores nos serviços, permitindo um melhor direcionamento nas condutas adotadas pelos profissionais. Podem ser implementados como forma de organizar os serviços sistematizando a assistência, contribuindo para maior adesão dos profissionais, estabelecendo maior vinculação ao processo de cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2016).

A implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) também é visualizada enquanto desafio a ser superado, uma vez que ainda não é utilizado na cidade de realização do estudo. Acredita-se que através da concretização do prontuário seja mais fácil consolidar a troca de informações entre os diversos níveis de assistência.

> É, eu acho que o uso de um instrumento que viesse mais... acho que não sei, detalhado assim. Mas acho que de um instrumento melhor. Que a gente já tem aquele resumo de alta, mas eu não sei é ... poderia aperfeiçoar. [...] eu acho que um instrumento. Né? Aí estabelecer um meio de comunicação já que hoje a gente já usa tanta tecnologia. (E3)

> Uma das ferramentas atualmente é a questão do prontuário eletrônico né? Que deveria funcionar, funcionar em toda referência né? (T3)

A implantação do PEC surge como ferramenta potencial na comunicação entre a rede de atenção a partir de sua capacidade de organizar e padronizar a informação, buscando garantir a continuidade e longitudinalidade do cuidado. Sua utilização possibilita acesso a um

arquivo de dados-base dos usuários em acompanhamento, ampliando a capacidade clínica dos profissionais através do compartilhamento de informações favorecendo a tomada de decisão em equipe (BRASIL, 2018c; CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Além das sugestões voltadas às formas de consolidar a transmissão de informações entre os serviços foram pensadas também em estratégias de integração entre a APS e a maternidade:

> Eu acho que essa interação tem que ter entre os profissionais, de todos os setores (T3).
>
> Eu acredito que poderia ser promovida, assim, momentoscom os dois setores né? Cada um, os dois setores conversar e entender um o processo de trabalho do outro. As dificuldades todo mundo sabe, eles sabem e a gente sabe, só que conversando é diferente (E7).
>
> Só em fazer uma reunião eu acredito que já ajudaria bastante porque aí pelo menos a gente saberia quem trabalha naquele setor pra tirar uma dúvida, pra perguntar alguma coisa (M9)

Os profissionais sugerem momentos de integração, visando construir uma relação de compartilhamento de cuidados, conhecimento da rede e organização dos fluxos. Indubitavelmente, promover oportunidades de encontros entre esses pontos da rede poderia ajudar na pactuação da atenção e determinação de responsabilidades nesse processo, buscando suprir as fragilidades que existem. Essas inquietações por parte dos profissionais indicam a necessidade de pensar estratégias metodológicas que possam promover esses encontros e que permitam reconstruir o processo de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência à saúde da criança vem exigindo contínuas modificações nas práticas de atenção em saúde ainda que continuamente novas políticas sejam implementadas no sentido de garantir o cuidado de forma integral e com qualidade. As altas taxas de mortalidade infantil e sua relevância demonstram o quanto existem lacunas e fragilidades nas formas de ofertar atenção a essas crianças, determinando que sejam criados processos constantes de avaliação e reorientação da assistência buscando transformar esse cenário.

O estudo realizado, ao investigar a interface do cuidado no processo de alta do recém-nascido de risco, aponta o quanto esse cuidado vem se configurando de forma fragmentada e desarticulada, não havendo integração e compartilhamento de ações entre os serviços, já que esse cuidado abrange níveis assistenciais em diversos pontos da rede, de forma especial os espaços de maternidade e atenção primária. A atenção vem sendo desenvolvida de maneira fragmentada e a ausência de ordenamento entre os serviços vem comprometendo a qualidade e continuidade do cuidado dessas crianças.

O seguimento dos recém-nascidos de risco pela Atenção primária ainda ocorre de forma frágil, demandando estratégias de consolidação e aprimoramento no que tange às ações de sua responsabilidade. Identificaram-se dificuldades no planejamento do acompanhamento dessas crianças pela equipe multiprofissional dentro e fora do âmbito da ESF, não sendo desenvolvido o trabalho de forma colaborativa.

Os profissionais das equipes de saúde da família têm apresentando dificuldades em compreender as particularidades dos recém-nascidos de risco, o que acaba gerando comprometimento da forma de ofertar a atenção. Além disso, não há conhecimento sobre a rede de atenção e a forma de ordenamento das ações que possibilitam o seguimento dessas crianças. Dessa forma, identifica-se a falta de protagonismo e reconhecimento da ESF como coordenadora do cuidado.

A atenção ofertada por esses serviços precisa ser reorganizada com base nas especificidades que demandam essas crianças, reforçando o protagonismo da Atenção Primária no seguimento do cuidado. Cabe começar através desse nível de cuidado as modificações nas ações e, a partir desta, buscar reconfigurar a assistência abrangendo toda a rede de atenção.

O estudo apresentou limitações, como o enfoque dos sujeitos, por considerar apenas a percepção dos profissionais da Atenção Primária, demonstrando a necessidade de pesquisas

futuras com abordagem na perspectiva dos profissionais dos serviços de alta complexidade, em especial as maternidades envolvidas com o cuidado neonatal.

Existe a necessidade de implantar mecanismos e estratégias de articulação que possam favorecer a comunicação e troca de informações, assim como a promoção de espaços de encontros entre os profissionais de todos os níveis de assistência buscando construir e aprimorar a colaboração entre os serviços. A elaboração desses mecanismos contribui para o ordenamento da rede e da atenção a essas crianças visando promover o cuidado de forma integral garantindo sua sobrevivência com qualidade.

REFERÊNCIAS

ABUD, S. M.; GAÍVA, M. A. M. Análise do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido na caderneta de saúde da criança. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v.16, n.1, p. 11-20, 2016. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol16-n1/vol_16_n_1-artigo-de-pesquisa-1.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

AIRES, L. C. dos P. *et al.* Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru**. Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36 (esp), p. 224-32, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0224.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

AIRES, L. C. dos P. *et al.* Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 2, e20170028, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000200201&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2018.

ALMEIDA, E. R. *et al.* Relato sobre a construção de um protocolo de enfermagem em puericultura na atenção primária. **Rev enferm UFPE online**., v. 10, n. 2, p.683-91, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11006. Acesso em: 09 set. 2019.

ARAÚJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 67, n. 6, p. 1000-7, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf. Acesso em: 11 jul. 2018.

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

BARRETO, M. S.; SILVA, R. L. D. T.; MARCON, S. S. Morbidade em crianças menores de um ano consideradas de risco: estudo prospectivo. **Online Brazilian Journal of Nursing,** v. 12, n. 1, 2013. Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3999/html_2 Acesso em: 10 nov. 2018.

BERWIG, L. C. *et al.* Construção de uma linha de cuidado neonatal: percepção dos profissionais da atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 892-908, 2016. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876083. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa**. Acta Paul Enferm, v.** 25, n. 6, p. 975-80, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600023. Acesso em: 24 nov 2018

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Avanços na atenção ao prematuro e a continuidade da assistência: reflexão sobre rede de cuidados. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 3, n.3, p. 899-908, 2013. Disponível em: https://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/442. Acesso em: 10 set. 2019.

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, e.2753, 2018. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2753. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990.** Promulga a convenção sobre os direitos da criança. Brasília, 21 de novembro de 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 06 set. 2018.

BRASIL. **Lei 13. 257 de 08 de março de 2016**. Brasília, 8 de março de 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em 15 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em 03 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/mtcanguri%202ed.pdf. Acesso em: 25 jul. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 149, 6 ago. 2015a. Seção 1, p. 37. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 80 p.: il. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf. Acesso em: 18 nov. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 160 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 11 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 104, p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf. Acesso em: 16 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. Coordenação de Rejane Silva Cavalcante *et al.* – 5a. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 228 p.: il. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/03/Manual-Aidpi-corrigido-.pdf. Acesso em: 08 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodo_canguru_seguimento_compartilhado.pdf. Acesso em: 02 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método Canguru: manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terceira_etapa_metodo_canguru.pdf. Acesso em: 28 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 84 p.: il. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/metodo-canguru-diretrizes-do-cuidado/. Acesso em: 05 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 02 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde**. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf. Acesso em: 03 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 462 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf. Acesso em 08 jul. 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, 2012b. 272 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 12 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 82 p.: il. Dispoível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: https://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf . Acesso em: 08 ago. 2019.

BRASIL. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de dezembro de 2013. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 22 ago. 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 125,1 jul. 2011c. Seção 1, p. 61. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 11 jul. 2018.

BRASIL. **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 (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 jul. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 07 set. 2018.

BRONDANI, J. E. *et al.* Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm**, v. 21, n.1, p. 01-08, 2016. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350. Acesso em: 14 ago. 2019.

BUCCINI, G. S. e*t al.* Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**., v. 11, n. 3, p. 239-247, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a04v11n3.pdf. Acesso em: 02 nov. 2018.

CARETI, C. M. *et al.* Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. **Rev Rene.** v. 17, n.1, p. 67-75, 2016. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2607. Acesso em: 02 ago. 2019.

CAVALCANTE, R. B. *et al.* Informatização da atenção básica a saúde: avanços e desafios. **Cogitare Enferm, v.** 23, n.3, e54297, 2018. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54297/pdf. Acesso em: 18 set. 2019.

CECCON, R. F. *et al.* Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998−2008. **Cad. Saúde Colet**., Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 177-83, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00177.pdf. Acesso em: 02 nov. 2018.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2007.

CORREIA, E. T. *et al.* Assistência a recém-nascidos de alto risco: do hospital ao domicílio. **Rev Rene,** v. 20, e40191, 2019. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/40191. Acesso em: 25 set. 2019.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000400733&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 out. 2019.

COSTA, M. V. *et al.* Educação interprofissional em saúde. Natal: **SEDIS-UFRN**, 2018. 85p.: il. Disponível em:

https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf. Acesso em: 02 out. 2019.

COUTO, C. S. do *et al.* Espectros de mães de prematuros acerca de círculo de cultura educativo**. Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. esp2, p. 03-08, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00003.pdf. Acesso em: 16 nov. 2018.

CUSTODIO, N. *et al.* Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. **Rev Min Enferm**, v. 17, n.4, p.984-991, 2013. Disponível em: https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/900. Acesso em 10 jul. 2019.

DAMASCENO, S. S. *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2961.pdf. Acesso em: 05 nov. 2018.

DHADED, S. M. *et al.* Neonatal mortality and coverage of essential newborn interventions 2010 - 2013: a prospective, population-based study from low-middle income countries. **Reproductive Health,** v. 12, n. Suppl2: S6, p. 1-8, 2015. Disponível em: https://www.reproductive-health-journal.com/content/12/S2/S6**.** Acesso em: 02 nov. 2018.

FERRAZ, S. T. *et al.* Programa de Follow-up de Recém-nascidos de Alto Risco: Relato da Experiência de uma Equipe Interdisciplinar. **Rev. APS, Juiz de Fora**, v. 13, n. 1, p. 133-139, 2010. Disponível em: https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/532/305. Acesso em: 07 nov. 2018.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate,** v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223. Acesso em: 14 set. 2019.

FILHO, A. de A. *et al.* Mortalidade infantil por causas evitáveis em capital do nordeste do Brasil. **Enferm. actual Costa Rica (Online),** n.34, p.26-37, 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1019817/enfermerian34art26.pdf. Acesso em 01 out. 2019.

GAÍVA, M. A. M.; BITTENCOURT, R. M.; FUJIMORI, E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. **Rev Gaúcha Enferm**., V. 34, n. 4, p. 91- 97, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n4/12.pdf. Acesso em: 05 nov. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 93p. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf. Acesso em: 05 nov. 2018.

HIGUCHI, C. H. *et al.* Atenção integrada as doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. **Rev Gaúcha Enferm**., n. 32, v. 2, p. 241-7, 2011.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200005. Acesso em: 10 nov. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. **Cajazeiras-PB**. Disponível em:https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/pesquisa/39/30279?tipo=ranking. Acesso em: 27 nov. 2018.

KLOSSOSWSKI, D. G. *et al.* Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Rev. CEFAC**, v.18, n.1, p. 137-150, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462016000100137&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 set. 2019.

KROPIWIEC, M. V.; FRANCO, S. C.; AMARAL, A. R. do. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado**. Rev Paul Pediatr.**, v. 35, n. 4, p. 391-398, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rpp/v35n4/0103-0582-rpp-2017-35-4-00006.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

LEAL, M. do C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1915.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

LOLIS, D.; MOREIRA, F. S. Trabalho em rede. Um olhar sobre a garantia da integralidade dos direitos da criança e do adolescente a partir da política de saúde em Curitiba-PR. **Serv. Soc. Ver**, v.19, n.1, p. 109-130, 2016. Disponível em: https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/27025. Acesso em: 16 set. 2019.

LUCENA, D. B. de A. *et al.* Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, e2017-0068, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472018000100425&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 ago. 2019.

MACHADO, C. R.; DAL POZ, M. R. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 239-254, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00239.pdf. Acesso em: 26 ago. 2019.

MARTINS, C. B. de G. *et al.* Neonatos de risco: avaliação das famílias sobre os atendimentos em situações cotidianas e de alteração na saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v. 14, n. 1, p. 805-813, 2015. Disponível em: https://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21680. Acesso em: 05 set. 2019.

MELO, W. A. de; UCHIMURA, T. T. Perfil e processo da assistência prestada ao recém-nascido de risco no Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 2, p. 323-37, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n2/13.pdf. Acesso em: 05 nov. 2018.

MELO, D. F.; CRISCUOLO, M. B. R.; VIEGAS, S. M. F. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária. **Rev Fund Care Online**. v. 8, n. 4, p. 4986-4995, 2016.

MELLO, D. F. *et al.* Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Rev Bras Enferm,** Brasília, v. 65, n. 4, p. 675-9, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a18v65n4.pdf. Acesso em: 09 nov. 2018.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf . Acesso em: 06 ago. 2018.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 26ª. ed. Editora Vozes. Rio de Janeiro, 2007.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL- ONU BR. **Transformando Nosso Mundo:** a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2016. Disponível em: https://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf. Acesso em: 13 de fev. 2019.

NASCIMENTO, R. M. *et al.* Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 559-572, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/16.pdf. Acesso em: 09 nov. 2018.

NÓBREGA, V. M. da *et al.* Atenção à criança com doença crônica na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 57-63, 2013. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/28517/20014. Acesso em: 03 nov. 2018.

OLIVEIRA, B. R. G. de *et al.* Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v.13, n.2, p. 268-77, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/09.pdf. Acesso em: 03 nov. 2018.

PAULA, M. C.; VIANNA, K. M. de P. Agravos fonoaudiológicos sob a ótica do agente comunitário de saúde. **Rev. CEFAC**, v. 19, n.2, p. 221-232, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v19n2/1982-0216-rcefac-19-02-00221.pdf. Acesso em: 14 nov. 2018.

PEDRAZA, D. F.; ROCHA, A. C. D.; SALES, M. C. O trabalho educativo do agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares em dois municípios do Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, v. 14,supl. 1, p. 105-117, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tes/v14s1/1678-1007-tes-14-s1-0105.pdf. Acesso em: 14 nov. 2018.

PEDUZZI M.; AGRELI H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface**, v. 22, n. (Supl.2), p.1525-34, 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/icse/2018.v22suppl2/1525-1534/pt. Acesso em: 02 out. 2019.

QUARESMA, M. E. *et al.* Factors associated with hospitalization during neonatal period. **J Pediatr,** Rio de Janeiro, v. 94, n. 4, p. 390-398, 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/jped/v94n4/pt_0021-7557-jped-94-04-0390.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

REIS, Z. S. N. *et al.* Análise do conteúdo do sumário de alta obstétrica em maternidade de referência. Uma oportunidade para repensar a estratégia da continuidade do cuidado materno e neonatal. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n.4, p. 476-483, 2015. Disponível em: http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1860. Acesso em 13 set. 2019.

RNPI. **O que a criança não pode ficar sem, por ela mesma**. São Paulo, 2010. Disponível em https://agendaprimeirainfancia.org.br/arquivos/Oq_a_cca_nao_pode_ficar_sem.pdf. Acesso em: 26 nov. 2018.

RNPI. **Plano Nacional pela primeira Infância.** Brasília, dezembro 2010. Disponível em https://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/PNPI-Completo.pdf. Acesso em: 26 nov. 2018.

SALES, I. M. M. *et al.* Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do Método Canguru: Implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. **Esc Anna Nery,** v. 22, n.4, e20180149, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400234&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 set. 2019.

SALES, M. L. H. *et al.* Qualidade da atenção à saúde da criança na estratégia saúde da família. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23, n. 2, p. 151-156, 2013. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/61285/64221. Acesso em: 08 nov. 2018.

SASSÁ, A. H. *et al.* Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso. **Acta Paul Enferm**., v. 27, n. 5, p; 492-8, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0492.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

SLEUTJES, F. C. M. *et al.* Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2713-2720, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2713.pdf. Acesso em: 06 nov. 2018.

SLOMP, F. M. *et al.* Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família**. Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 441-6, 2007.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/14.pdf. Acesso em: 08 nov. 2018.

SOARES, D. G. *et al.* Implantação da puericultura e desafios do cuidado na estratégia saúde da família em um município do estado do Ceará. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 29, n.1, p. 132-138, 2016. Disponível em: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3713/pdf. Acesso em 30 out. 2018.

SOLANO, L. da C. *et al.* Coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro: desafios para a atenção primária à saúde. **Rev Min Enferm**. v. 23, e-1168, 2019. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005388. Acesso em: 05 ago. 2019.

SOUZA, N. L. de *et al.* Domestic maternal experience with preterm newborn children. **Rev. Salud Pública**, v. 12, n. 3, p. 356-367, 2010.Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300002. Acesso em: 10 nov. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** / Bárbara Starfield. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf. Acesso em: 08 jul. 2018.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Levels & Trends in Child Mortality. Report 2019 -** Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. UNICEF/WHO; 2019. Disponível em: https://www.unicef.org/media/60561/file/UN-IGME-child-mortality-report-2019.pdf. Acesso em: 03 dez. 2019.

UNICEF. **Relatório da Conferência lnternacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata Alma-Ata, URSS, 6-1 2 de setembro de 1978**. Brasil, 1979. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=FD5366065ACC8CEC6C2FDB2540D74EC9?sequence=5. Acesso em 30 nov. 2018.

VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 379-89, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n2/0034-8910-rsp-47-02-0379.pdf. Acesso em: 08 nov. 2018.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 1, p. 74-82, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a09.pdf. Acesso em 15 jul. 2018.

WALTY, C. M. F.; DUARTE, E. D. O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7 2017; 7/1689. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1689. Acesso em: 10 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos.** Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 20 mai. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

TÍTULO: ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO: A INTERFACE DO CUIDADO ENTRE MATERNIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Entrevista Nº: _____ Data de Realização: _____

I - Caracterização do Profissional:

1 - Idade: ____

2 - Sexo: ( ) M ( ) F

3 - Estado Civil: _____

4 – Formação profissional: _____

II – Formação Profissional:

1- Em sua formação profissional, houve algum conteúdo específico abordando a assistência ao recém-nascido de risco? ( ) Não ( ) Sim.

Em caso afirmativo: ( ) Disciplina específica ( ) Disciplina afim.

2- Já participou de alguma capacitação envolvendo o cuidado ao recém-nascido de risco?

( ) Não ( ) Sim. Quantos?_____

Em caso afirmativo:

( ) Capacitação ( ) Mini-curso ( ) Curso de Extensão ( ) Especialização

Citar o nome do curso: .....

3- Há quanto tempo trabalha nesta Unidade de Saúde? _____

4- Antes de trabalhar nesta instituição, você teve experiência em outro serviço que atendesse recém-nascidos que pudessem apresentar algum risco? ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo? _____

5. No seu local de trabalho, quais as principais ações desenvolvidas na atenção à saúde do recém-nascido**?**
6. Qual sua percepção acercada alta compartilhada do recém-nascido de risco?

7. Quais as suas necessidades para qualificar o cuidado da alta ao seguimento do recém-nascido de risco?
8. De que forma a continuidade do cuidado de recém-nascido de risco é realizado na sua Unidade de Saúde?
9. Como você percebe a assistência prestada aos recém-nascidos de risco no seu âmbito de trabalho?
10. Existe uma articulação e um compartilhamento de cuidados entre as equipes da maternidade e as equipes da saúde da família?
11. Quais os fatores que favorecem e dificultam o processo de alta compartilhada ?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr. (a),

O objetivo deste é solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente da pesquisa intitulada: A**lta hospitalar do recém-nascido de risco: a interface do cuidado entre maternidade e atenção primária à saúde**. O propósito deste estudo é analisar a dinâmica de interação e do compartilhamento das ações do cuidado entre equipes de saúde da família e de maternidade após alta hospitalar, e seguimento dos recém-nascidos de risco na Atenção Primária em Saúde. Participarão deste estudo os profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas diretamente ao cuidado do recém-nascido na cidade de Cajazeiras/PB. Acreditamos que através da realização desse estudo as práticas profissionais podem ser reconstruídas e potencializadas, possibilitando uma atuação mais efetiva, pois os resultados gerados através dessa investigação propiciarão melhor conhecimento e mudança a partir dos dados encontrados. No momento em que gera essas modificações no serviço a pesquisa aprimora a atenção à saúde dos recém-nascidos de risco e poderá contribuir para melhor qualidade de vida e saúde dessas crianças e de suas famílias. A coleta de informações será por meio da técnica de entrevista com roteiro semiestruturado abrangendo questionário com perguntas fechadas e abertas. Após sua autorização, será iniciada a gravação da entrevista em arquivo de áudio feita através de aparelho eletrônico (gravador digital). Os procedimentos de coleta de dados, durante a sua participação na pesquisa, poderão oferecer pequenos desconfortos e riscos mínimos. Poderão estar relacionados a algum dano moral ou constrangimento diante das perguntas relacionadas ao seu trabalho. Entretanto, diante da existência dos mesmos os pesquisadores se comprometem a responder civil e/ou criminalmente, interrompendo imediatamente a entrevista. Assim, será de inteira responsabilidade das pesquisadoras minimizar os riscos que possam surgir.

Rubrica do Participante:	Rubrica do Pesquisador:

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos, guardados em local seguro, havendo o compromisso por parte das pesquisadoras em manter sigilo e anonimato de sua participação. Todos os participantes ao aceitarem participar da pesquisa ficarão com uma cópia deste documento, além da pesquisadora.

Você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos. A equipe da pesquisa se responsabiliza por possíveis custos, bem como indenizações de danos ou ressarcimentos decorrentes de sua participação na pesquisa, desde que fique comprovada legalmente a necessidade da indenização ou ressarcimento. Todos os recursos para realização desta pesquisa são próprios dos pesquisadores. A autorização para o desenvolvimento de todos os passos da pesquisa mencionados e anteriormente apresentados será considerada a partir da assinatura do impresso de consentimento.

O entrevistado ficará com uma cópia deste Termo e caso apresenta alguma dúvida a respeito desta pesquisa, ou retirada do termo, poderá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: (084)3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1° Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 – Natal/RN, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br. Desde já agradecemos a disponibilidade em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar, solicitamos a sua confirmação neste documento.

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Eu, _____, li o esclarecimento e compreendi a finalidade do estudo e qual procedimento a que serei submetido. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Eu aceito participar da pesquisa intitulada **“A**lta hospitalar do recém-nascido de risco: a interface do cuidado entre maternidade e atenção primária à saúde”**.

Rubrica do Participante:	Rubrica do Pesquisador:

Natal – RN, ____de_____ de 2019.

_____

Assinatura do participante da pesquisa Impressão Datiloscópica

_____

Assinatura do pesquisador responsável

Rubrica do Participante:	Rubrica do Pesquisador:

APÊNDICE C

UFRN

renasf

APÊNDICE – C
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada **ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO: A INTERFACE DO CUIDADO ENTRE MATERNIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** a ser realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras/PB, pela pesquisadora Nicdja Karoline de Souza Andrade, sob a orientação da Profª Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha, que utilizará a seguinte metodologia: investigação exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa apresenta como objetivo geral analisar a dinâmica de interação e do compartilhamento das ações do cuidado entre equipes de saúde da família e de maternidade após alta hospitalar, e seguimento dos recém-nascidos de risco na APS, necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos nas Unidades Básicas de Saúde. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta secretaria possa constar no relatório final, bem como, em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cajazeiras, PB 14 / 05 / 2019

Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha
Orientadora: Profª Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha

Profª Nadja de Sá P. D. Rocha
CPF 200393804-34
SIAPE/ET 0151285-1 / UFRN

( ) Concordamos com a solicitação ( ) Não concordamos com a solicitação

Cristóvão Pinheiro de Sousa
Secretário (a) Municipal de Saúde de Cajazeiras

Cristóvão Pinheiro de Sousa
Secretário de Saúde
Portaria nº 263.2018. CCB1

ANEXOS

ANEXO A

Artigo científico, o qual foi intitulado "**ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO: A INTERFACE DO CUIDADO ENTRE MATERNIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**" que foi submetido à Physis: Revista de Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que publica estudos com ênfase em ciências humanas, sociais, política, planejamento e administração em saúde. A revista selecionada é classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, conforme os critérios Qualis da CAPES, por este motivo, o manuscrito apresentado seguiu suas normas padrão para publicação.

ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO: A INTERFACE DO CUIDADO ENTRE MATERNIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil constitui um problema de maior relevância no cenário da atenção à saúde da criança no contexto nacional e internacional. Entre as responsabilidades assumidas visando modificar essa realidade, o Brasil se comprometeu com as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estando entre essas, a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, em dois terços, no período anterior entre 1990 e 2015. As estimativas confirmam o alcance dessa meta, mas o que se observa é que o declínio na taxa de mortalidade infantil (TMI) possui menor velocidade quando se trata do componente neonatal (BRASIL, 2014; BRANQUINHO; LANZA, 2018).

A agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável confirma a necessidade de manter esforços voltados a essa problemática determinando entre suas metas, agora para o período até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos. O objetivo é reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos (ONU, 2016).

A redução da mortalidade infantil, principalmente a neonatal, encontra-se vinculada ao reconhecimento de sua relevância pelos gestores do sistema de saúde que precisam garantir serviços de atenção qualificados e promover estratégias de aprimoramento do cuidado. A

atenção adequada ao recém-nascido tem sido um dos desafios em nosso país, demandando ações para o seu controle, incluindo os cuidados ofertados desde o período da gestação, parto e nascimento do recém-nascido (SOUZA *et al.*, 2018a; TEIXEIRA *et al.*, 2019).

O maior número de mortes no período neonatal está vinculado à presença de algum risco que essas crianças venham a apresentar no nascimento, o que demanda estratégias de qualificação da atenção no sentido de garantir sua sobrevivência. Apesar dos avanços científicos e progressos tecnológicos que permitem aumentar a expectativa de vida das crianças de alto risco é preciso garantir o cuidado para além do serviço hospitalar (SLEUTJES *et al.*, 2018; VELOSO *et al.*, 2019).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), vem se destacando por contribuir para redução da mortalidade materna e infantil, ao fomentar o acesso aos serviços de saúde de modo integral. Ainda que apresente fragilidades, é preciso reconhecer seus efeitos positivos na atenção às mulheres e crianças, fato que tem reduzido a mortalidade infantil, especialmente pós-neonatal (LEAL *et al.*, 2018; GUERRA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a ESF se apresenta como serviço essencial devendo garantir ações de continuidade do cuidado aos RNs provenientes de internações hospitalares. O processo de alta hospitalar precisa ser valorizado como oportunidade de garantir o seguimento dessas crianças através da articulação e comunicação entre os níveis de atenção em saúde, ou seja, emerge a necessidade de trabalhar em rede com uma gestão do cuidado compartilhado (MOLINI-AVEJONAS *et al.*, 2018; BELEZA *et al.*, 2019).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), criada pela Portaria 1.130/2015, determina os aspectos referentes à atenção infantil com ênfase na integração das ações. Abrange entre seus eixos estratégicos, a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, bem como a necessidade de vincular as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, confirmando a necessidade de uma rede articulada de atenção (BRASIL, 2015a).

Ainda nessa perspectiva é preciso reconhecer a importância da criação da Rede Cegonha, pela Portaria nº 1.459/2011, a qual almeja assegurar, entre outros aspectos, a redução da mortalidade materna e infantil com especial atenção ao componente neonatal, apoiando a organização dos processos de trabalho de forma a garantir acesso, acolhimento e resolutividade no atendimento às demandas de saúde (BRASIL, 2011).

Aliado a essas estratégias, o Método Canguru é implementado trazendo a dimensão do cuidado de forma singular, embasado em uma atenção humanizada, como forma de minimizar os efeitos do nascer prematuro e de risco. Suas etapas abrangem desde o período de internação até o retorno ao domicílio corroborando a necessidade de garantir o seguimento do cuidado integrado e qualificado, interagindo junto aos pais e família do RN (BRASIL, 2018a; STELMAK; FREIRE, 2017).

A análise das condições de atenção ofertada às crianças recém-nascidas de risco é necessária para que se compreenda de que forma o serviço de saúde tem se organizado visando garantir sua sobrevivência e assim identificar as lacunas na assistência que possam estar impedindo um cuidado adequado e onde possam ser realizadas intervenções visando qualificar a atenção à saúde dessas crianças.

Dessa forma, essa pesquisa tem como objetivo analisar o cuidado compartilhado aos recém-nascidos de risco pelas equipes de maternidade e da Atenção Primária em Saúde na percepção dos profissionais de saúde da ESF.

METODOLOGIA

Este artigo foi elaborado a partir de uma pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com suporte da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). Trata-se de um estudo exploratório, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, realizada nos serviços de atenção primária do município de Cajazeiras – PB. Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram os profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) que realizam diretamente o cuidado do recém-nascido.

Para realização das entrevistas foram selecionadas as 24 equipes, utilizando como critérios de inclusão: os profissionais diretamente ligados ao cuidado do recém-nascido de risco no seguimento pós-hospitalar (1 médico, 1 enfermeiros, 1 técnico de enfermagem e 1 agente comunitário de saúde (ACS) por equipe de USF). Os critérios de inclusão para escolha do ACS por equipe foram o que apresentasse no seu território maior número de RN de risco e área de maior vulnerabilidade familiar. Os ACS foram selecionados a partir dos relatos da equipe e de forma empírica, de acordo com o contexto de cada USF.

Os critérios de exclusão incluíram os profissionais que estavam no período de férias no momento da pesquisa, ou que não desejassem participar do estudo. Perfez um total de 39 participantes, sendo todos os profissionais atuantes nas USF.

O instrumento escolhido para concretização da pesquisa foi uma entrevista semiestruturada. Iniciando com questionário abrangendo perguntas fechadas visando à construção do perfil dos profissionais entrevistados, incluindo dados pessoais e relativos à formação e trajetória profissional. Junto a esse, foi elaborado um roteiro para desenvolvimento da entrevista com perguntas abertas, em que o entrevistado discorreu livremente sobre questionamentos relativos ao objeto de pesquisa.

A coleta de informações foi registrada através de aparelho eletrônico (gravador digital) mediante a autorização dos participantes. Inicialmente, foi realizada uma explicação dos objetivos da pesquisa aos profissionais, como também a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assegurando-lhes o respeito ao anonimato e à liberdade de recusa em participar da pesquisa.

O tempo de duração de cada entrevista variou de cinco a 20 minutos. As entrevistas foram interrompidas mediante o critério de saturação teórico-empírico dos discursos. A organização e tabulação dos dados provenientes das questões fechadas do questionário ocorreram por meio do programa de tabulação de dados SPSS versão 21.0, de 2012, visando estabelecer frequências e percentuais acerca do perfil dos profissionais. As informações provenientes das questões abertas foram transcritas na íntegra para o programa Microsoft Word versão 2013.

Os dados das entrevistas abordados através de questão aberta foram analisados a partir da análise de conteúdo, na modalidade temática, através da descoberta de núcleos de sentido que façam parte da comunicação e que devido à presença e/ou frequência possam trazer significados para o objetivo desejado (BARDIN, 2011). Seguiram-se as etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados - inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise foi realizada uma leitura flutuante dos dados transcritos permitindo a elaboração de hipóteses; na exploração do material foi feita a seleção das falas obtidas dos sujeitos por meio de leituras exaustivas permitindo a organização das categorias. Após esse percurso, foi realizada a interpretação dos dados e tratamento dos resultados de acordo com os objetivos iniciais, sendo construído sob a luz do referencial teórico existente abordando o tema da pesquisa.

As categorias foram estabelecidas associando os resultados aos objetivos do estudo, determinando a divisão em três categorias: A relação entre as equipes da maternidade e equipes de saúde da família após a alta hospitalar; Seguimento do cuidado do recém-nascido de risco no âmbito da atenção primária e; Desafios para a promoção da alta do recém-nascido de risco de forma qualificada e compartilhada. Os participantes foram identificados pelas letras "E"

para Enfermeiros, "M" para Médicos, "T" para Técnicos de Enfermagem e “A” para Agentes Comunitários de Saúde, garantindo o anonimato.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), vinculado à UFRN, conforme determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo aprovação em 02 de agosto de 2019, mediante o parecer consubstanciado nº 3.483.128 e parecer CAAE 15680419.6.0000.5292. Possuiu financiamento próprio e não houve conflitos de interesse envolvidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos entrevistados

Quanto à caracterização do perfil dos entrevistados, houve o predomínio do sexo feminino, 79,5% (N= 31), a categoria profissional com maior contribuição foram os enfermeiros, 28% (N=11). No que concerne à faixa etária, houve predominância entre 30 e 40 anos 38% (N=15), apontando que os depoentes integram um segmento produtivo de nossa sociedade (Tabela 1).

Uma vez questionados quanto ao tempo de atuação em ESF, 49% (N=19) possuíam entre 1 e 5 anos de serviço público. Ao tratar da experiência em serviços que atendessem aos recém-nascidos de risco, apenas 28% (N=11), afirmaram já ter atuado em estabelecimentos de saúde com assistência a essas crianças. Do total de entrevistados, 41% (N=16), referem ter recebido algum tipo de capacitação referente à atenção ao bebê de risco. Ademais, 67% (N= 26), confirmaram aproximação com o tema durante a formação profissional, sendo que 49% (N=19) referiram que essa aproximação foi por meio de disciplinas afins.

Tabela 1: Perfil e caracterização dos participantes.

VARIÁVEIS	**Caracterização dos Participantes**	
	F	**%**
Sexo		
Feminino	31	79,5
Masculino	08	20,5
Categoria Profissional		
Médico	09	23
Enfermeiro	11	28
Técnico de Enfermagem	09	23

ACS	10	26
Idade		
20 ┤ 30 anos	10	26
30 ┤ 40 anos	15	38
40 ┤ 50 anos	10	26
Acima de 50 anos	04	10
Tempo de experiência em ESF		
Menos de 1 ano	06	15
1 ┤ 5 anos	19	49
6 ┤ 10 anos	07	18
11 ┤ 20 anos	07	18
Capacitação referente à atenção ao bebê de risco		
Não	23	59
Sim	16	41
Experiência em outros serviços que atenda a RN de risco		
Não	28	72
Sim	11	28
Aproximação com o tema durante a formação profissional		
Disciplina afim	19	49
Disciplina específica	7	18
Não teve aproximação com o tema	13	33
TOTAL	39	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A partir da análise do conteúdo das entrevistas, emergiram três categorias que refletem como ocorre a interface do cuidado entre a maternidade e atenção primária no processo de alta do recém-nascido de risco, sendo essas: A relação entre as equipes da maternidade e equipes de saúde da família após a alta hospitalar; Seguimento do cuidado do recém-nascido de risco no âmbito da atenção primária e; Desafios para a promoção da alta do recém-nascido de risco de forma qualificada e compartilhada.

A relação entre as equipes da maternidade e equipes de saúde da família após a alta hospitalar

Evidenciou-se uma fragilidade de caráter comunicativo entre os serviços de maternidade e as equipes de atenção primária, fato que resulta da fragmentação do cuidado

compartilhado em rede, o qual vulnerabiliza a criança que receberá alta hospitalar, desqualificando a atenção integral preconizada pelo SUS, conforme os depoimentos a seguir:

> Primeiro eu acho que é assim um pouco falho, esse serviço dessa alta compartilhada [...]. (T4)

> Como teve essa menina da síndrome de Brida, a menina nasceu toda deformada, veio pra cá, a gente que se virasse. Não veio nada, só dizendo que ela tinha nascido com má formação. E lá disseram que era do ácido fólico, jogaram pra cá né? Que a gente deu ácido fólico demais a mulher [...]. (E7)

O discurso de E7 transparece claramente a desarticulação no compartilhamento de ações entre os níveis assistenciais, sendo o cuidado realizado de forma individualizada em cada um dos serviços de atenção. Para Correia *et al.* (2019) a rede de atenção deve atuar de modo integrado, permitindo que as intervenções do cuidado sejam efetivadas de forma contínua, reconhecendo a interdependência entre as instâncias que assistem o usuário.

O trabalho em rede corresponde a uma estratégia operacional, que vislumbra articular políticas públicas no sentido de superar problemáticas complexas, além de transpor a fragmentação das condutas governamentais. Embasa-se na intersetorialidade como instrumento para otimizar os saberes e práticas que fortaleçam a prática social compartilhada (LOLIS; MOREIRA, 2016).

Os depoentes alegam que, além do processo de comunicação e compartilhamento de ações serem pouco articulado, volta-se apenas ao resumo de alta, sendo este o único instrumento recebido pelos profissionais da ESF, para dar seguimento à assistência dessas crianças:

> Não existe essa alta compartilhada, porque? Porque as informações que eu tenho, é via resumo de alta [...], pouquíssimas informações, só o crucial mesmo. (E11)

> Tudo se restringe ao papel da alta e o que vier escrito nele. (T1)

> As mulheres trazem pra gente uma ficha de alta que apenas tem o peso da criança, o comprimento, o Apgar, o dia que entrou e o dia que saiu. (E9)

O resumo de alta se apresenta como documento estratégico à continuidade do cuidado, devendo trazer uma narrativa detalhada da assistência prestada à criança durante o período de internação desde o nascimento até a alta hospitalar. O registro adequado dessas informações, aliado às orientações para o seguimento após a alta, permite nortear seu processo de atenção futuro, contribuindo para ofertar maior segurança ao usuário, minimizando as lacunas na assistência e tomada de decisão desfragmentada (REIS *et al.*, 2015).

A utilização do sumário de alta pode ser considerada como auxílio para compreensão dos aspectos envolvidos no processo saúde-doença dos recém-nascidos de forma a melhor orientar o serviço permitindo seu acompanhamento. As informações disponíveis nesse relatório ajudam às equipes de APS a estimular e reforçar as orientações e condutas indicadas para além do ambiente hospitalar.

Os entrevistados demonstraram inquietude quanto à carência, nesse resumo, de orientações quanto às especificidades de cuidados para o seguimento do RN de risco, bem como a carência de registros sobre o processo de parturição e condições de nascimento, os quais devem constar na caderneta de saúde da criança:

> Já tive história de criança ter tido internamento na UCI neonatal e aí a alta não constavam informações que esclarecia o motivo dela tá internada na UCI. E veio uma alta incompleta, uma alta hospitalar do RN incompleta Eu fiquei muito na dúvida. O que a criança apresentou? Porque que ela foi pra UCI? Senti falta dessas informações. (M7)

> Eu sequer cheguei a ver uma notificação no finalzinho da caderneta da criança[...] se aquela criança nasceu, por exemplo, soropositivo pra HIV, se é assintomático ou se não, se tem alguma contraindicação de qualquer imunobiológico. (T4)

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) aliada ao formulário de alta hospitalar são estratégias operacionais que direcionam as práticas de saúde interprofissionais e colaborativas na rede de atenção. Esses instrumentos precisam ser otimizados quanto a sua utilização e preenchimento, podendo fornecer subsídios quando houver necessidade de intervenção diante da condição de saúde ou vulnerabilidade a que uma criança e sua família estejam submetidas.

Ratificando o exposto acima, Abud; Gaiva (2016) abordam que a CSC se apresenta como instrumento indispensável ao cuidado integral, pois, contribui para o compartilhamento de informações entre os diferentes profissionais e direciona as condutas na atenção a saúde.

Ao tratar da alta hospitalar do RN, o método Canguru, em sua terceira etapa, reforça a importância da organização de um plano de alta visando proporcionar maior segurança aos pais e orientando quanto aos retornos para acompanhamento, garantindo o seguimento de forma adequada. Esse plano de cuidados deve ser priorizado como indispensável na promoção da saúde dessas crianças, em que na maioria das vezes são valorizados apenas os aspectos imediatos da assistência, excluindo as atividades educativas e o preparo para alta (BRASIL, 2018b; SALES *et al.*, 2018).

A ausência da construção do plano de alta é notória na realidade da atenção vivenciada pelos profissionais. Esse plano deve ser elaborado de forma conjunta, estabelecido de acordo com as particularidades da criança, reconhecendo o papel de cada um dos serviços sobre o

seguimento do recém-nascido, no entanto o que se observa é que a continuidade dos cuidados fica a cargo das famílias.

> Um senhor veio e comprou uma Kanakion pra fazer num recém-nascido porque achava que era uma prescrição. Ele não entendeu que aquilo ali tinha sido administrado lá, quando a criança nasceu, porque ele não sabia ler e não foi explicado a ele o que era aquilo ali. (E4)

> Porque muitas vezes a gente faz tudo as cegas, entendeu? Vamos supor, elas dizem assim, "não sei porque que esse menino ficou". "Parece que é um tal de um sopro no coração", "parece que ele adquiriu pneumonia". Será que foi pneumonia ou foi alguma outra doença, ninguém orientou para procurar o posto, tá entendendo? (M9)

As diretrizes de cuidado determinam, entre as indicações, que seja realizado contato com a ESF garantindo um agendamento programado da consulta, ressaltando a importância do acompanhamento e promovendo veiculação do novo usuário a sua equipe de referência. Além disso, reafirma a abordagem por meio de processos educativos que possibilitem maior autonomia aos cuidadores no momento do retorno ao domicílio (BRASIL, 2018b).

As ações precisam ser elaboradas objetivando garantir, por meio da articulação entre os níveis assistenciais, que as famílias possam se sentir amparadas no momento da alta. Dessa forma, faz-se importante ponderar acerca da forma como a gestão estadual/municipal tem determinado e orientado a interação entre os serviços de forma a cumprir o que preconiza a Rede cegonha aliada ao Método Canguru nesse processo de alta e seguimento dessas crianças, no sentido de regulação e ordenamento do cuidado.

Seguimento do cuidado do recém-nascido de risco no âmbito da atenção primária

As ações realizadas pela Atenção Primária no seguimento do cuidado ao RN de risco são descritas pelos profissionais abrangendo a visita puerperal e ao recém-nascido, e as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, denominadas como consultas de puericultura, por alguns entrevistados:

> Eu posso citar como primeira atividade a questão da consulta de puerpério né? [...] . Então até o sétimo dia de vida do bebê eu procuro priorizar essa visita, então é a primeira consulta que eu faço com a mãe, né, após o parto e com o recém-nascido. E sim, em seguida a puericultura. Né? (E9)

> Consulta de puericultura, né? É, vacinação. É só puericultura e vacinação. (M2)

> Tem a primeira visita da enfermeira (e) mensalmente tem o peso. Que é a antropometria. Né? (A10)

As observações registradas nos discursos permitem questionar se esse acompanhamento tem sido resolutivo e tem promovido atenção de forma integral a essas crianças, já que na maioria dos relatos essa consulta tem se voltado em grande parte apenas à avaliação antropométrica.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento realizado pelos profissionais da APS proporciona à criança as avaliações necessárias nos primeiros anos de vida visando o crescimento e desenvolvimento plenos, contribuindo na redução das taxas de mortalidade infantil. Esse seguimento avalia a condição de saúde das crianças a médio e longo prazos, tratando e prevenindo precocemente possíveis alterações e vulnerabilidades, promovendo melhor qualidade de vida e saúde (CARETI *et al.,* 2016).

Na primeira semana após a alta, o primeiro encontro da equipe da ESF com o neonato acontece através da visita ao domicílio, que deve acontecer até o quinto dia útil após a saída do hospital, proporcionando compreender as condições do nascimento da criança e os motivos da internação hospitalar, observação dos fatores de risco, sendo um momento que possibilita identificar as necessidades da criança e sua família além de garantir a continuidade do cuidado através do encaminhamento para as consultas de acompanhamento do RN (LUCENA *et al.,* 2018).

Quanto à realização das visitas, alguns profissionais afirmam tentar realizar até os sete dias após alta da criança, demonstrando que muitos deles não conhecem o prazo ideal para realização dessa visita quando se trata de recém-nascidos de risco. E ainda assim nem todos demonstraram conseguir realizar até sete dias em virtude da disponibilidade de tempo e demanda de tarefas:

> Acho que assim, ação mesmo, se volta é a visita e, tentando fazer nessa primeira semana. Mas nem sempre é possível. (E3)

> Eu não vou dizer que todas eu consigo fazer na primeira semana, aí assim quando a gente vai ver as orientações já tem passado. [...] a sobrecarga de trabalho do enfermeiro complica bastante, prejudica, a demanda é grande. (E6)

Pode-se inferir que esses recém-nascidos não têm recebido a atenção de acordo com suas necessidades e particularidades. Quando a visita não é realizada em tempo oportuno, a equipe de saúde perde a oportunidade de verificar as condições de adaptação daquela criança em seus primeiros dias de vida ao ambiente domiciliar. Compromete-se, portanto, a identificação de alterações e/ou vulnerabilidades enfrentadas pela família após a alta.

Com relação ao seguimento dos RNs de risco, o Ministério da Saúde define na terceira etapa do Método Canguru, que o acompanhamento da criança é domiciliar, devendo ser compartilhado com a APS e seguimento ambulatorial, com agendamento da primeira consulta para até 72 horas após a alta. O bebê deverá passar por três avaliações na primeira semana incluindo a visita domiciliar, consulta na maternidade e na ESF. Na segunda semana, os retornos são em dois momentos, sendo um novamente à maternidade e outra consulta na ESF ou visita domiciliar. E a partir da 3ª semana, uma consulta uma vez por semana, podendo alternar maternidade/ESF (BRASIL, 2015b).

Quando questionados sobre o agendamento de consulta de acompanhamento dessas crianças de risco, observamos que poucas USF seguem o roteiro de atendimentos proposto pelo Método Canguru. Em sua maioria referem o acompanhamento de forma mensal, não havendo um cuidar diferenciado embasado na vulnerabilidade e condição clínica de nascimento da criança:

> Aí é que tá. Ela fica basicamente na conduta dos outros RNs. Ela fica... a gente não acompanha...É, de forma diferenciada. Não tem esse olhar diferenciado. Né? (E3)
>
> Vem pesar, medir todo mês com as Agentes de Saúde. Passa por mim se tiver algum probleminha, passa pela enfermeira também. Assim, acaba que a gente faz aqui com esses pacientes como os pacientes que não tem nada [...]. (M6)

Com relação ao atendimento ser realizado de forma diferenciada, na fala dos depoentes geralmente é associado à diminuição no intervalo das consultas, dependendo da necessidade da criança. Além disso, para os entrevistados, esse cuidado é considerado consolidado quando as crianças conseguem ser atendidas em outros pontos da rede:

> Baixo peso, em geral, fica voltando de 15 em 15 dias [...] Dependendo do grau do baixo peso às vezes vem acompanhamento semanal, podendo ser também quinzenal e, quando não é baixo é mensal. (M2)
>
> Diminuir o intervalo né pra poder ver a questão de suplementação da criança, vendo a questão do peso pra poder ir mudando a suplementação né, que eles saem precisando. (M9)
>
> Nesse caso, é mensal, é feita a puericultura, médico, agente de saúde, enfermeiro, técnico, certo? Vacinador. Todo mundo faz o acompanhamento e se houver necessidade a gente, juntamente, encaminha, tá? Como já tiveram dois casos de encaminhamento pra geneticista. (M3)

As equipes não se encontram preparadas para acolher e acompanhar as crianças de risco, pois desconhecem especialmente suas necessidades específicas. Quando há o

reconhecimento de que todos são atendidos da mesma forma, fica evidente a falta de compreensão sobre as singularidades dos bebês de risco, sobre os principais problemas relacionados ao crescente aumento da mortalidade neonatal, demonstrando que esse processo de atenção precisa ser modificado.

Existe a necessidade de articular as ações tanto no âmbito da rede de saúde, sendo preciso que os diversos níveis de atenção se organizem visando compartilhar a assistência garantindo a integralidade do cuidado, quanto no espaço das equipes de saúde das ESF. Essas ações precisam ser realizadas valorizando a interação de todos os saberes e práticas, de maneira a construir e reelaborar o cuidado de forma interprofissional.

O trabalho interprofissional e colaborativo é apresentado como forma de possibilitar um cuidado resolutivo, que atenda as necessidades dos usuários e sua família de maneira integral. A atenção deve ser pautada na interdependência e integração das ações, de forma a se construir parcerias através do compartilhamento de responsabilidades, com reconhecimento de objetivos em comum e valorizando a contribuição de cada um para obter maior capacidade de respostas aos problemas e às necessidades de saúde (COSTA *et al.*, 2018; PEDUZZI, AGRELI, 2018).

A equipe responsável pelo cuidado na APS precisa construir processos de avaliação e revisão de seu processo de trabalho buscando identificar as fragilidades na assistência, implementando a qualificação da consulta, promovendo a promoção da saúde, redução de riscos, prevenção de agravos, para consolidar e aprimorar o cuidado dispensado pelas equipes de ESF, tornando-o efetivo.

Desafios para a promoção da alta do recém-nascido de risco de forma qualificada e compartilhada

Os principais entraves ao desenvolvimento de uma atenção compartilhada e qualificada pelos serviços de saúde envolvem vários aspectos. Entre os mais destacados pelas equipes está a ausência de atividades de educação permanente, de forma especial com relação ao cuidado do RN de risco, em que os profissionais demonstram a necessidade de capacitações visando o aprimoramento da atenção.

Os profissionais destacam a importância do aperfeiçoamento através de atividades interprofissionais de educação permanente que discutam o manejo do RN de risco, a partir das USF:

> Seria interessante que a gente recebesse capacitações. Quais são as crianças são consideradas de risco? Como que a gente deveria manejar? Quando que a gente encaminharia para o pediatra? Quando que a gente poderia deixar e acompanhar só pelo PSF mesmo? A gente precisa de capacitação né, em relação a essas crianças de risco. (M7)

> O quê que poderia melhorar? Realmente, a questão de qualificação pra gente. Entendeu? Pra todos os enfermeiros. A qualificação. Porque acaba que a saúde da criança é, de certa forma, um pouco 'escantiada', nas unidades de saúde. Sempre se preocupam mais com o hipertenso, com o diabético, com a gestante. Até o dia de parir, porque depois que ela pariu, ela é 'escantiada' também. Entendeu? (E9)

Apesar de existirem programas de capacitação definidos pelo MS para os profissionais, percebemos nos discursos que não é disponibilizado pela gestão momentos de encontros para essas atividades educativas. Como também não foram referidas iniciativas de atitude profissional ativa de buscar as orientações de ofertas pedagógicas disponibilizadas nas redes de educação permanente e nos protocolos do cuidado.

Para essas equipes, o despreparo se configura como fator que dificulta a realização da atenção, impedindo que sejam atendidas as demandas da criança e suas famílias. Assim, muitos julgam que o usuário precisa ficar se deslocando entre os pontos da rede buscando o atendimento de necessidades que muitas vezes poderiam ser solucionadas na APS.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) quando orientada para uma aprendizagem significativa possibilita uma reformulação do saber, orientando mudança e transformação nas práticas tradicionais em saúde, voltando-se a uma reflexão crítica sobre os processos de trabalho. Permite além da atualização cotidiana das práticas de atenção, o compartilhamento e construção do conhecimento através do diálogo entre serviço, profissionais e usuários (FERREIRA *et al.*, 2019).

Os achados encontrados, ao avaliar o perfil dos entrevistados, permitem identificar que em sua maioria (59%) afirmam não ter participado de capacitação referente à assistência dessas crianças, demonstrando a necessidade de ênfase nas atividades de EPS que favoreçam o aprimoramento desses profissionais no desempenho do cuidado.

Ainda entre os desafios a serem superados para consolidar a atenção ao bebê de risco, pode-se destacar a responsabilização dos gestores no sentido de promover e articular ações que consigam construir uma relação de compartilhamento de cuidados dentro da rede de atenção a saúde:

> Eu acho que cada coordenador né, coordenador da atenção básica, é, os coordenadores da vigilância epidemiológica, enfim todos aqueles coordenadores que são responsáveis por essa gerência do cuidado, eles deveriam justamente fazer essa intersecção da rede. (T3)

> Não sei se por conta de gestão ou por conta de coordenações e afins, um empenho em relação a isso. Tá entendendo? É como se fosse visto que todas as crianças saem da maternidade, vão pra casa saudáveis e não é assim. (E2)

Essa articulação da gestão inclui o provimento de profissionais suficientes, permitindo que haja tempo, dentro das atribuições, para realizar os encaminhamentos e preenchimento de contrarreferência, diante da sobrecarga de trabalho nesses serviços, impedindo que consigam realizar uma alta qualificada e compartilhada com as equipes de APS:

> O que é que poderia ser feito para melhorar? É, melhorar o quadro funcionários da maternidade, acho que seria um passo inicial. Né? Melhorar assim a questão da quantidade, na verdade, dos funcionários que trabalham pra poder ter uma melhor integração dessa alta. (M4)

> Muitas vezes não acontece porque os profissionais não querem, às vezes falta boa vontade, certo? De fazer, às vezes é porque não quer mesmo, às vezes é porque já tão esgotados do trabalho mesmo que é muito cansativo. (M9)

> Eu acho que é muito difícil em relação ao profissional porque eles já estão exaustos né de trabalhar bastante durante, tem noites que é a noite inteira a mulher parindo lá aí fica difícil, mas quem sabe se tivesse uma pessoa que acompanhasse e que passasse todo esse relato pra UBS, eu acho que caminharia melhor. (A6).

A sobrecarga de trabalho relatada pelos profissionais permite identificar problemas como a falta de pessoal, podendo comprometer um cuidado qualificado. A gestão dos serviços precisa estar atenta ao dimensionamento dos profissionais que, se inadequado, pode interferir na adesão às estratégias ou mudanças pensadas para essas instituições por considerarem se tratar de aumento nas tarefas desempenhadas (MACHADO; DAL POZ, 2015).

A ausência de um de protocolo estabelecido pelos serviços como forma de rotina para os profissionais realizarem o encaminhamento dos RNs também é citada como desafio. Por meio desse protocolo seriam definidas quais informações e modos de encaminhamento que seriam utilizados pelos profissionais, abrangendo dados documentais, referência e contrarreferência, seguimento feito de forma integrada, como forma de minimizar lacunas na realização desse cuidado:

> Eu acho que... que não tem protocolo, né, protocolo pra seguir. Se fosse uma... porque tem que ser uma coisa documentada, tem que ter um fluxograma, alguma coisa. Porque se ficar solto, assim, alguns profissionais vão querer outros não. Porque, querendo ou não, trabalha mais, né? Então tem que ser uma coisa protocolada mesmo. Pra poder funcionar pra todos de forma hegemônica mesmo. (M6)

> Estabelecer um protocolo desse RN de risco, dizer como é que deve ser o cuidado, se ele tem que voltar pra maternidade pra uma consulta com o pediatra, por quanto

> tempo e se ... se o médico de saúde da família ver alguma coisa diferente aí sim encaminhar e ficar nesse cuidado continuado pelo menos por dois anos. (M8)

Tais protocolos poderiam contribuir para implementar a integração entre os serviços após a alta, sendo sugerida a construção de um instrumento visando a realização da contrarreferência, auxiliando no seguimento do cuidado da criança pela atenção primária.

Os protocolos podem ser utilizados como instrumentos norteadores nos serviços, permitindo um melhor direcionamento nas condutas adotadas pelos profissionais. Podem ser implementados como forma de organizar os serviços sistematizando a assistência, contribuindo para maior adesão dos profissionais, estabelecendo maior vinculação ao processo de cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2016).

A implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) também é visualizada enquanto desafio a ser superado, uma vez que ainda não é utilizado na cidade de realização do estudo. Acredita-se que através da concretização do prontuário seja mais fácil consolidar a troca de informações entre os diversos níveis de assistência.

> É, eu acho que o uso de um instrumento que viesse mais... acho que não sei, detalhado assim. Mas acho que de um instrumento melhor. Que a gente já tem aquele resumo de alta, mas eu não sei é.... poderia aperfeiçoar. [...] eu acho que um instrumento. Né? Aí estabelecer um meio de comunicação já que hoje a gente já usa tanta tecnologia. (E3)

> Uma das ferramentas atualmente é a questão do prontuário eletrônico né? Que deveria funcionar, funcionar em toda referência né? (T3)

A implantação do PEC surge como ferramenta potencial na comunicação entre a rede de atenção a partir de sua capacidade de organizar e padronizar a informação, buscando garantir a continuidade e longitudinalidade do cuidado. Sua utilização possibilita acesso a um arquivo de dados-base dos usuários em acompanhamento, ampliando a capacidade clínica dos profissionais através do compartilhamento de informações favorecendo a tomada de decisão em equipe (BRASIL, 2018c; CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Além das sugestões voltadas às formas de consolidar a transmissão de informações entre os serviços foram pensadas também em estratégias de integração entre a APS e a maternidade:

> Eu acho que essa interação tem que ter entre os profissionais, de todos os setores. (T3)

> Eu acredito que poderia ser promovida, assim, momentos com os dois setores né? Cada um, os dois setores conversar e entender um o processo de trabalho do outro.

> As dificuldades todo mundo sabe, eles sabem e a gente sabe, só que conversando é diferente. (E7)

> Só em fazer uma reunião eu acredito que já ajudaria bastante porque aí pelo menos a gente saberia quem trabalha naquele setor pra tirar uma dúvida, pra perguntar alguma coisa. (M9)

Os profissionais sugerem momentos de integração, visando construir uma relação de compartilhamento de cuidados, conhecimento da rede e organização dos fluxos. Indubitavelmente, promover oportunidades de encontros entre esses pontos da rede poderia ajudar na pactuação da atenção e determinação de responsabilidades nesse processo, buscando suprir as fragilidades que existem. Essas inquietações por parte dos profissionais indicam a necessidade de pensar estratégias metodológicas que possam promover esses encontros e que permitam reconstruir o processo de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade infantil e seus altos índices vêm exigindo modificações na atenção à saúde e demonstra a necessidade de consolidação do modelo de saúde pautado na oferta da assistência integral por meio de uma rede articulada abrangendo todos de níveis de atenção.

No entanto, o estudo realizado ao investigar a interface do cuidado no processo de alta do recém-nascido de risco aponta o quanto esse cuidado vem se configurando de forma fragmentada e desarticulada, com lacunas no processo de compartilhamento de ações entre os serviços. A atenção vem sendo desenvolvida de maneira individualizada comprometendo a continuidade do cuidado dessas crianças.

Atrelado a esses fatores identificou-se que o seguimento pela Atenção primária ainda ocorre de forma frágil demandando estratégias de consolidação e aprimoramento no que tange às ações de sua responsabilidade, como também a necessidade de realização do acompanhamento dessas crianças por meio do trabalho interprofissional e colaborativo que deve ocorrer de forma integrada pela equipe e dentro da rede de atenção.

Os profissionais apresentam dificuldades de compreender as particularidades dos recém-nascidos de risco, o que acaba gerando comprometimento da forma de ofertar a atenção. Além disso, não há conhecimento sobre a rede de atenção e a forma de ordenamento das ações que possibilitam o seguimento dessas crianças. Dessa forma, identifica-se a falta de protagonismo e reconhecimento da ESF como coordenadora do cuidado.

O estudo apresentou limitações como o enfoque dos sujeitos, por considerar apenas a percepção dos profissionais da Atenção Primária, demonstrando a necessidade de pesquisas futuras com abordagem na perspectiva dos profissionais dos serviços de alta complexidade, em especial as maternidades envolvidas com o cuidado neonatal.

Existe a necessidade de implantar mecanismos e estratégias de articulação que possam favorecer a comunicação e troca de informações, assim como a promoção de espaços de encontros entre os profissionais de todos os níveis de assistência buscando construir e aprimorar a colaboração entre os serviços. A elaboração desses mecanismos contribui para o ordenamento da rede e da atenção a essas crianças visando promover o cuidado de forma integral garantindo sua sobrevivência com qualidade.

REFERÊNCIAS

ABUD, S. M.; GAÍVA, M. A. M. Análise do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido na caderneta de saúde da criança. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v.16, n.1, p. 11-20, 2016. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol16-n1/vol_16_n_1-artigo-de-pesquisa-1.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

ALMEIDA, E.R. *et al.* Relato sobre a construção de um protocolo de enfermagem em puericultura na atenção primária. **Rev enferm UFPE online**., v. 10, n. 2, p.683-91, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11006. Acesso em: 09 set. 2019.

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

BELEZA, L. de O. *et al.* Profile of at-risk newborns attended by nurses in outpatient follow-up clinic: a retrospective cohort study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, e.3113, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692019000100302&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 25 ago. 2019.

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, e.2753, 2018. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2753. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 125,1 jul. 2011. Seção 1, p. 61. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 11 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 149, 6 ago. 2015a. Seção 1, p. 37. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em:10 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodo_canguru_seguimento_compartilhado.pdf. Acesso em: 02 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método Canguru: manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terceira_etapa_metodo_canguru.pdf. Acesso em: 28 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 84 p.: il. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/metodo-canguru-diretrizes-do-cuidado/. Acesso em: 05 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf . Acesso em: 08 ago. 2019.

CARETI, C. M. *et al.* Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. **Rev Rene.** v. 17, n.1, p. 67-75, 2016. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2607. Acesso em: 02 ago. 2019.

CAVALCANTE, R. B. *et al.* Informatização da atenção básica a saúde: avanços e desafios. **Cogitare Enferm, v.** 23, n.3, e54297, 2018. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54297/pdf. Acesso em: 18 set. 2019.

CORREIA, E. T. *et al.* Assistência a recém-nascidos de alto risco: do hospital ao domicílio. **Rev Rene,** v. 20, e40191, 2019. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/40191. Acesso em: 18 set. 2019.

COSTA, M. V. *et al.* Educação interprofissional em saúde. Natal: **SEDIS-UFRN**, 2018. 85p.: il. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf. Acesso em: 02 out. 2019.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate,** v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223. Acesso em: 14 set. 2019.

GUERRA, A. B. *et al.* Can the primary health care model affect the determinants of neonatal, postneonatal and maternal mortality? A study from Brazil. **BMC Health Services Research.** v.19, n.133, p. 01-11, 2019.Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-3953-0. Acesso em: 09 set. 2019.

LEAL, M. do C. *et al*. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1915.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

LOLIS, D.; MOREIRA, F. S. Trabalho em rede. Um olhar sobre a garantia da integralidade dos direitos da criança e do adolescente a partir da política de saúde em Curitiba-PR. **Serv. Soc. Ver**, v.19, n.1, p. 109-130, 2016. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/27025. Acesso em: 16 set. 2019.

LUCENA, D. B. de A. *et al.* Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, e2017-0068, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472018000100425&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 ago. 2019.

MACHADO, C. R.; DAL POZ, M. R. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 239-254, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00239.pdf. Acesso em: 26 ago. 2019.

MOLINI-AVEJONAS, D. R. *et al.* Atenção Básica como ordenadora do cuidado ao bebê de risco para alterações do neurodesenvolvimento. **CoDAS [online],** v.30, n.3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822018000300302&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 15 set. 2019.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL- ONU BR. **Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** 2016. Disponível em: http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf. Acesso em: 13 de fev. 2019

PEDUZZI M.; AGRELI H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface**, v. 22, n. (Supl.2), p.1525-34, 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/icse/2018.v22suppl2/1525-1534/pt. Acesso em 02 out. 2019

REIS, Z. S. N. *et al.* Análise do conteúdo do sumário de alta obstétrica em maternidade de referência. Uma oportunidade para repensar a estratégia da continuidade do cuidado materno

e neonatal. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n.4, p. 476-483, 2015. Disponível em: http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1860. Acesso em 13 set. 2019.

SALES, I. M. M. e*t al.* Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do Método Canguru: Implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. **Esc Anna Nery,** v. 22, n.4, e20180149, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400234&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 set. 2019.

SOUZA, A. M. G. *et al.* Perfil epidemiológico da mortalidade neonatal no rio grande do norte-brasil: um estudo de base secundária. **Revista Ciência Plural,** v.4, n. 2, p. 115-128, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16844. Acesso em: 15 set. 2019.

STELMAK, A. P.; FREIRE, M. H. de S. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 3, p.795-802, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4429. Acesso em: 18 set. 2019.

SLEUTJES, F. C. M. *et al.* Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2713-2720, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802713&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 ago. 2019.

TEIXEIRA, J. A. M. *et al.* Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 28(1): e2018132, 2019.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ress/v28n1/2237-9622-ress-28-01-e2018132.pdf. Acesso: 25 ago. 2019.

VELOSO, F. C. S. *et al.* Analysis of neonatal mortality risk factors in Brazil: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Jornal de Pediatria (Rio J)**, v. 95, n. 5, p.519-530, 2019.Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755718310751. Acesso em: 06 ago. 2019.

ANEXO B

UFRN - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - HUOL/UFRN

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO: A INTERFACE DO CUIDADO ENTRE MATERNIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Pesquisador: Niedja Karoline de Souza Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15680419.6.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.483.128

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo exploratório do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, a ser desenvolvido na cidade de Cajazeiras, no estado da Paraíba. Os sujeitos envolvidos na pesquisa serão as equipes das Unidades de Saúde da Família, vinculadas diretamente ao cuidado do recém-nascido e a coleta dos dados será realizada através de entrevistas com o universo das equipes das 23 Unidades de Saúde da Família de Cajazeiras.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a dinâmica de interação e do compartilhamento das ações do cuidado entre equipes de saúde da família e de maternidade após alta hospitalar, e seguimento dos recém-nascidos de risco na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritas, sendo os benefícios maiores que os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa prospectiva em forma de entrevistas semi-estruturadas a equipes de saúde.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - HUOL/UFRN

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos presentes

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1330094.pdf	08/07/2019 14:16:17		Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_ANTERIOR.docx	08/07/2019 14:15:41	Niedja Karoline de Souza Andrade	Aceito
Cronograma	Cronograma_.docx	08/07/2019 14:14:31	Niedja Karoline de Souza Andrade	Aceito
Outros	Questionario_.docx	08/07/2019 14:10:36	Niedja Karoline de Souza Andrade	Aceito
Outros	FolhadeIdentificacaodoPesquisador.docx	13/06/2019 18:16:24	Niedja Karoline de Souza Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Niedja.docx	13/06/2019 18:11:51	Niedja Karoline de Souza Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	13/06/2019 18:07:10	Niedja Karoline de Souza Andrade	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_niedjak.pdf	13/06/2019 17:59:17	Niedja Karoline de Souza Andrade	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	14/05/2019 10:30:50	Niedja Karoline de Souza Andrade	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	14/05/2019 10:21:32	Niedja Karoline de Souza Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - HUOL/UFRN

Continuação do Parecer: 3.483.128

NATAL, 02 de Agosto de 2019

Assinado por:
jose diniz junior
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br