



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM

LUANA CLÁUDIA DOS PASSOS AIRES

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O SEGUIMENTO DO BEBÊ PRÉ-
TERMO E/OU BAIXO PESO E À SUA FAMÍLIA: INTERFACES
COM A TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU**

Florianópolis
2015

LUANA CLÁUDIA DOS PASSOS AIRES

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O SEGUIMENTO DO BEBÊ PRÉ-
TERMO E/OU BAIXO PESO E À SUA FAMÍLIA: INTERFACES
COM A TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEn/UFSC).

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido inserido no Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR).

Orientadora: Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

AIRES, Luana Cláudia dos Passos

Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do Método Canguru. / Luana Cláudia dos Passos AIRES ; orientadora, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos - Florianópolis, SC, 2015.

183 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cuidado da Criança. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Método canguru. 5. Prematuro. I. Santos, Evanguelia Kotzias Atherino dos . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

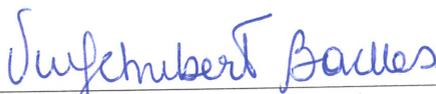
LUANA CLÁUDIA DOS PASSOS AIRES

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O SEGUIMENTO DO BEBÊ PRÉ-
TERMO E/OU BAIXO PESO E À SUA FAMÍLIA: INTERFACES
COM A TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 25 de fevereiro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e cuidado em saúde e Enfermagem.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Evangelina Kotzias Atherino dos Santos
Presidente



Dra. Roberta Costa
Membro (titular)



Dra. Oda Maria Brüggeman
Membro (titular)



Dra. Marli Terezinha Stein Backes
Membro (titular)

*Dedico este trabalho aos meus
queridos pais, meus primeiros mestres.*

AGRADECIMENTOS

Gratidão! Que alegria poder discorrer sobre aqueles a quem somos gratos!

A Deus, que me iluminou nesta caminhada e não permitiu que eu fraquejasse. Por me escolher para ser Enfermeira. Sim, pois para ser Enfermeira não escolhemos, somos escolhidos! Pelos aprendizados que me proporciona dia a dia com aqueles pequeninos pacientes e suas famílias na Unidade Neonatal. Pela saúde, para que eu continue exercendo essa vocação que tanto amo e tenho orgulho!

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional. À minha mãe, Claudineti, por me mostrar que o estudo é a maior herança que os pais podem deixar aos seus filhos. Por seu carinho e orações. Não tenho dúvidas que sem elas teria sido muito mais difícil! Ao meu pai, Renato, pelo incentivo constante e por me mostrar que quanto mais se estuda, mais “sorte” se tem. Por sempre me lembrar que faço parte de uma minoria privilegiada, em um país ainda repleto de desigualdades. Ao meu querido irmão Luan, amigo e companheiro. Por me acolher em sua casa durante estes dois anos de idas e vindas para a realização do mestrado. Por ser sempre o meu porto seguro, meu equilíbrio.

Aos meus familiares: avó, tios, tias e primos; muito obrigada pela torcida e pela compreensão da ausência. Às tias Dra. Joanez Aires e Dra. Joana Passos, pela ajuda e valiosas contribuições neste processo. À minha madrinha Nilcéia Passos, por me receber em sua casa logo que me mudei para Joinville e pelo apoio nesse momento de adaptação.

Venho de uma família de mestres, mulheres guerreiras, professoras das quais tenho muito respeito e admiração. E é esta vivência familiar que me deixa encantada pela beleza que é a docência. Nesta minha trajetória acadêmica, seria injusto não lembrar de todos os professores que contribuíram para a minha formação, desde os que me acompanharam na pré-escola, percorrendo ensino fundamental e médio. A eles, meu muito obrigada! Agradeço igualmente aos professores da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), os quais foram tão importantes para que hoje eu chegasse aqui!

Contudo, há professores que marcam a nossa vida. Sendo assim, não poderia deixar de fazer um agradecimento especial para a professora Dra. Marisa Monticelli, meu exemplo profissional. Por ser quem me introduziu na pesquisa e me ensinou a enxergar o que há entre as linhas dos dados qualitativos. Posso afirmar, com segurança, que a minha

formação profissional não teria sido a mesma sem a sua pessoa. Sabes que te considero minha “madrinha” na Enfermagem.

Às queridas professoras Dra. Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza; Dra. Edilaine Giovanini Rossetto e Dra. Adriana Valongo Zani, por me apresentarem ao mundo da prematuridade, pelo qual hoje sou apaixonada. Concordo com a Sarah ao citar que é “a parte mais bonita da Enfermagem”. Meus sinceros agradecimentos pelo crescimento profissional que me proporcionaram durante a experiência ímpar que foi cursar a Residência em Enfermagem Neonatal, bem como o incentivo para realizar o mestrado e todo apoio durante o processo seletivo.

À minha querida orientadora, professora Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, pela confiança e oportunidade de ser sua orientanda. Por sua sensibilidade para reforçar as minhas potencialidades e apoio para superar as minhas limitações e as adversidades encontradas neste percurso. Pelo incentivo para que eu mantivesse a minha prática assistencial aliada à atuação na área da pesquisa. Por compartilhar comigo sua experiência e me mostrar que somos agentes modificadores de realidade, ensinando-me como aplicar a ciência na prática.

Aos membros da banca examinadora, Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos; Dra. Odaléa Maria Brüggemann; Dra. Roberta Costa; Dra. Zaira Aparecida de Oliveira Custódio; Dra. Marli Terezinha Stein Backes e Dda. Márcia Borck, pela disponibilidade e contribuições.

À Universidade Federal de Santa Catarina, minha querida UFSC, e a todos os seus servidores, por todas as oportunidades que nos proporciona. Tenho muito orgulho de ser discente desta renomada instituição, pela segunda vez.

À minha turma de mestrado do PEN/UFSC 2013, com quem convivi nesses dois anos, pelo aprendizado e crescimento conjunto. Agradeço especialmente às queridas colegas Erika Ebsen; Mayessi Dabbous, Thais Silva e Rafaela Baptista.

Às colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido - GRUPESMUR, em destaque para Romana Raquel Ebele, Maria de Jesus Hernandez Rodriguez e Manuela Beatriz Velho por todo apoio metodológico. À Luciana dos Santos, por desmistificar minhas dúvidas sobre a atenção básica.

Às minhas grandes amigas Marina Giacomini Kuse e Karolina Mattos Roeder, por vivenciarem este momento comigo e fazerem esta trajetória mais leve. A amizade de vocês foi fundamental! As minhas amigas e colegas Enfermeiras Giuliana Calderini Aruto e Luciana

Bihain Hagemann, pelo apoio e companheirismo. À Cristiane da Silva, pela amizade e torcida.

À Joinville, por me receber novamente em sua casa. Fiquei algumas vezes emocionada ao transcrever as entrevistas e escutar ao fundo das gravações a beleza que tem o canto dos pássaros nessa cidade. À Secretaria Municipal de Saúde de Joinville; à coordenação do Programa Bebê Precioso e ao Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS - Joinville), pela oportunidade de realizar esta pesquisa e viabilização da mesma.

A todos os colegas de trabalho da Unidade Neonatal da Maternidade Darcy Vargas (MDV). Como costume dizer, não se torna referência por acaso, mas por uma afinção do processo de trabalho, como é o caso deste grupo do qual tenho orgulho de hoje fazer parte. Meu agradecimento especial para as minhas colegas Enfermeiras, pela compreensão do processo que eu vivenciava, e claro, pelas trocas de plantões para que eu pudesse ir para as aulas. Sem este apoio tudo seria muito mais difícil. Que o nosso percurso nas produções científicas se ampliem cada vez mais!

Aos profissionais de saúde da atenção básica, pelos quais eu já tinha respeito e passei a admirar ainda mais por sua paixão pelo trabalho. Senti-me acolhida em cada Unidade Básica de Saúde que passei, o que me faz acreditar que estamos caminhando a passos firmes para um SUS que da certo, do qual eu também faço parte e acredito! Por sua participação no estudo, meus sinceros agradecimentos!

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas mudam o mundo.” Paulo Freire

*“Nascer é prejudicial à saúde,
pois não há no mundo ambiente melhor que o útero materno.
Mas como viver é um risco inevitável e necessário, é bom saber que
tem gente empenhada em garantir maior
qualidade ao nascimento e à vida”.*
(Jucille Menezes)

RESUMO

AIRES, Luana Cláudia dos Passos. **Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família:** interfaces com a terceira etapa do Método Canguru. 2015. 183f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Linha de pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido

A prematuridade é um problema mundial de saúde pública. No Brasil, o Método Canguru é formalizado enquanto política pública de saúde, com objetivo de humanizar e qualificar o atendimento neonatal, favorecendo o vínculo familiar. O Ministério da Saúde brasileiro propõe a co-participação da Atenção Básica no método, no entanto, sabe-se que a referência e a contrarreferência entre os diversos níveis de atenção à saúde ainda é frágil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, que objetivou investigar as percepções dos profissionais das equipes de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso egresso da Unidade Neonatal e à sua família. Participaram do estudo 31 profissionais de saúde da Atenção Básica, sendo estes 14 enfermeiros, nove médicos (seis médicos da saúde da família e três pediatras) e oito técnicos de enfermagem, que atenderam bebês pré-termo e/ou de baixo peso referenciados pelo Programa Bebê Precioso. Teve como cenário de estudo as Unidades Básicas de Saúde do município de Joinville, Santa Catarina. O município conta com um projeto denominado “Estratégia de vigilância à criança em condições de risco – Programa Bebê Precioso”, que visa reduzir a mortalidade infantil e garantir o cuidado integral de crianças identificadas como de risco. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, de setembro a outubro de 2014. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo categorial temática proposta por Bardin. Os resultados são apresentados sob a forma de dois manuscritos. O primeiro manuscrito mostra que o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso na Atenção Básica ainda é centrado no modelo biomédico, devendo ser incentivadas ações de promoção à saúde. A participação dos profissionais da Atenção Básica no Método Canguru ainda é tímida e o cuidado ao bebê pré-termo e/ou de baixo

peso é permeado de insegurança, sendo necessários maiores investimentos na Atenção Básica neste aspecto. O segundo manuscrito evidencia que os profissionais de saúde reconhecem que o processo de referência e contrarreferência do bebê pré-termo e/ou de baixo peso ocorre de maneira precária sem o adequado registro de condutas e encaminhamentos realizados durante o atendimento à criança, além da sub utilização da Caderneta de Saúde da Criança. Faz-se necessário fortalecer o modelo de comunicação interinstitucional, garantindo um fluxo referência/contrarreferência adequado que inclua todos os serviços de saúde, bem como a sensibilização dos profissionais quanto a importância do registro no atendimento à criança. Considerando o presente movimento do Ministério da Saúde brasileiro com foco na participação dos profissionais da Atenção Básica na terceira etapa do Método Canguru e no atendimento ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso, esta pesquisa fornece subsídios valiosos para os formuladores de políticas públicas e gestores, podendo promover melhorias para o seguimento dessa população específica, que é um fortalecedor da terceira etapa do Método Canguru.

Palavras-chave: Cuidado da Criança. Atenção Primária à Saúde. Método canguru. Prematuro.

ABSTRACT

AIRES, Luana Cláudia dos Passos. **Perceptions of health professionals in Primary Health Care on the follow-up of the preterm baby and/or low birth weight and their family:** interfaces with the third stage of the kangaroo method. 2015. 183f. Dissertation (Master's Degree of Nursing) – Post Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Advisor: Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Research line: Nursing Care to Women's Health and the newborn.

Prematurity is a global public health problem. In Brazil, the Kangaroo method is formalized as a public health policy, in order to humanize and qualify the neonatal attendance, privileging the family bond. The Ministry of Health of Brazil proposes the participation of the Primary Health Care in the method; however, it is known that the reference and counter-reference between the various levels of health care is still fragile. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, aimed at investigating the perceptions of professionals of the health team of the Primary Health Care and its follow-up of pre-term babies and/or with low birthweight in the Neonatal Unit and their family. This study involved 31 health professionals of the Primary Health Care, from these 14 was nurses, nine physicians (six family health practitioners and three pediatricians) and eight nurse technicians, who had attended pre-term babies and/or with low birthweight referenced by the Precious Baby Program. The scenario of the study was the Basic Health Units in the city of Joinville, Santa Catarina. Data was collected through semi-structured interviews from September to October 2014. The technique of content analysis proposed by Bardin was used to analyze data. The results were presented in the form of manuscripts. The first manuscript, shows that the care of pre-term babies in the Primary Health Care is still focused on the biomedical model and should be stimulated health promotion activities. The participation of professionals Primary Health Care in the Kangaroo Method is still timid and the care of pre-term baby is permeated by insecurities; it is needed an increment of the investment in the Primary Health Care. The second manuscript entitled evidence that health professionals recognize that the process of reference and counter-reference of pre-term babies and/or with low birthweight occurs precariously without appropriate registration of behaviors and referrals made during the attendance of children. In

addition, there is an underutilization of the Child Health Notebook. It is necessary to strengthen the model of interagency communication, ensuring the flow of reference/counter-reference appropriate, to include all health services and professional awareness regarding the importance of registration in the care of children. Considering the present movement of Ministry of Health in the assistance to the pre-term newborn and/or with low birth weight, this research provides valuable benefits for policymakers and managers that can promote improvements to monitor this population in order to strength the third stage of Kangaroo Method.

Keywords: Child Care. Primary Health. Care Kangaroo-Mother. Premature.

RESUMEN

AIRES, Luana Cláudia dos Passos. **Percepciones de los profesionales de salud de la atención básica sobre el seguimiento al bebé pre-término y/o de bajo peso y a su familia:** interfaces con la tercera etapa del método canguro. 2015. 183f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Post Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientadora: Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Línea de investigación: El cuidado en Enfermería a la Salud de la mujer y del recién nacido.

La prematuridad es un problema mundial de salud pública. En Brasil, el Método Canguro es formalizado como política pública de salud, con el objetivo de humanizar y calificar el atendimento neonatal, favoreciendo el vínculo familiar. El Ministerio de Salud brasileño propone la coparticipación de la Atención Básica en el método, sin embargo, se sabe que la referencia y contrareferencia entre los diversos niveles de atención a la salud aún es frágil. Se trata de una investigación cualitativa, de tipo exploratoria-descriptiva, que objetivó investigar las percepciones de los profesionales de los equipos de salud de la Atención Básica sobre el seguimiento del bebé pre-término, y/o de bajo peso al nacer egreso de la Unidad Neonatal y a su familia. Participaron del estudio 31 profesionales de salud de la Atención Básica, siendo estos 14 enfermeros, nueve médicos (seis médicos de la salud de la familia y tres pediatras) y ocho técnicos de enfermería, que atendieron bebés pre-término y/o bajo peso referenciados por el Programa Bebé Precioso. Tuvo como escenario de estudio las Unidades Básicas de Salud del municipio de Joinville, Santa Catarina. Los datos recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas de septiembre a octubre de 2014. Se utilizó la técnica de análisis de contenido del tipo categorial temática propuesto por Bardin. Los resultados son presentados bajo la forma de manuscritos, con datos de la investigación de campo. El primer manuscrito muestra que el cuidado al bebé pre-término y/o bajo peso en la Atención Básica aún está centrado en el modelo biomédico, debiendo ser incentivadas acciones de promoción de salud. La participación de los profesionales de la Atención Básica en el Método Canguro aún es tímida y el cuidado al bebé pre-término está permeado de inseguridades, siendo necesarios mayores inversiones en la Atención Básica en este aspecto. El segundo manuscrito evidencia que los profesionales de salud

reconocen que el proceso de referencia y contra-referencia del bebé pre-término y/o bajo peso ocurre de manera precaria sin el adecuado registro de conductas y encaminamientos realizados durante el atendimento a los niños, además de la subutilización del Cuaderno de Salud de los Niños. Se hace necesario fortalecer el modelo de comunicación interinstitucional, garantizando un flujo de referencia/contra-referencia adecuado que incluya todos los servicios de salud, así como la sensibilización de los profesionales con relación a la importancia del registro en la atención de los niños. Considerando el presente movimiento del Ministerio de Salud y en el atendimento al recién nacido pre-término y/o de bajo, esta investigación provee subsidios valiosos para los formuladores de políticas públicas y gestores, pudiendo promover mejorías para el seguimiento de esta población específica que es un fortalecedor de la tercera etapa del Método Canguro.

Palabras-clave: Cuidado del Niño. Atención Primaria de Salud. Método Madre-Canguro. Prematuro.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Regionais de Saúde do Município de Joinville/SC, 2014.....	56
Figura 2 - Número de nascimentos, Bebês Preciosos atendidos e óbitos no Município de Joinville/SC de 2009 a 2014.	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Unidades públicas de atendimento de saúde no município de Joinville/SC em 2013.	53
Quadro 2 – UBS visitadas por Regional de Saúde	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo, Joinville/SC, 2014.....	60
--	----

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDIPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATSCAM	Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
BLH	Banco de Leite Humano
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DNC	Departamento Nacional da Criança
DNV	Declaração de Nascido Vivo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IG	Idade Gestacional
IGC	Idade Gestacional Corrigida
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
NAHRNBP	Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
MDC	Maternidade Darcy Vargas
MC	Método Canguru
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAIMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH	Política Nacional de Humanização

PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém-nascido
RNBP	Recém Nascido de Baixo Peso
RNPT	Recém-Nascido Pré-termo
RNPTBP	Recém-Nascido Pré-termo de Baixo Peso
RNMBP	Recém-Nascido de Muito Baixo Peso
RNEBP	Recém-Nascido de Extremo Baixo Peso
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UM	Unidade Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
1.1 OBJETIVO GERAL	35
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
2 REFERENCIAL TEÓRICO	37
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: UMA SÍNTESE HISTÓRICA	37
2.2 O MÉTODO CANGURU	43
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	48
2.3.1 O cuidado ao bebê pré-termo na atenção básica	50
3 CAMINHO METODOLÓGICO	53
3.1 TIPO DE ESTUDO	53
3.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	53
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	59
3.4 PROCEDIMENTOS	61
3.5 COLETA DE DADOS	61
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	62
3.7 QUESTÕES ÉTICAS	63
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
4.1 MANUSCRITO I – SEGUIMENTO DO BEBÊ NA ATENÇÃO BÁSICA: INTERFACES COM A TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU	65
4.2 MANUSCRITO II - REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DO BEBÊ EGRESSO DA UNIDADE NEONATAL NO SISTEMA DE SAÚDE: PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA	91
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICES	125
ANEXOS	133

1 INTRODUÇÃO

O crescente aumento da incidência de nascimento prematuro e suas consequências associadas conferem à prematuridade importância como problema de saúde pública, quer no âmbito internacional, como nacional e regional. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nascimento pré-termo é todo aquele que ocorre até 36 semanas e 6 dias de gestação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). O grau de prematuridade do neonato pode ser classificado como pré-termo tardio, quando apresentam entre 34 a 36 semanas e seis dias de Idade Gestacional (IG); pré-termo moderado, quando nascidos entre 28 semanas e menos de 34 semanas de IG e pré-termo extremo, quando menores de 28 semanas de IG (AGUIAR, et al., 2010).

Os bebês podem ainda serem classificados conforme seu peso de nascimento, sendo considerado Recém-Nascido de Baixo Peso (RNBP) quando apresentam peso menor que 2.500g; Recém-Nascido de Muito Baixo Peso (RNMBP), quando o peso ao nascimento é menor que 1500g; e Recém-Nascido de Extremo Baixo Peso (RNEBP) quando o peso ao nascimento é menor a 1000g (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

Anualmente nascem 15 milhões de bebês pré-termos no mundo. O nascimento prematuro perfaz uma incidência mundial aproximada de um a cada 10 nascimentos (MARCH OF DIMES et al., 2012). Neste cenário, no ano de 2010 o Brasil estava entre os 10 países com maior número de partos prematuros, apresentando 279 mil nascimentos antes de 37 semanas de gestação por ano. A taxa brasileira de nascimentos prematuros deste mesmo ano era de 9,2%, igual à da Alemanha e inferior à dos Estados Unidos, que chega a 12%. Este dado reflete que a prematuridade não é um problema somente das regiões pobres ou em desenvolvimento (MARCH OF DIMES et al., 2012). Em Santa Catarina, no ano de 2012, o índice de nascimentos prematuros foi de 11,4% (BRASIL, [201-?]).

Há uma série de fatores associados ao parto prematuro, dentre estes, as infecções na gestação são apontadas como uma das principais causas. Atualmente, também se acredita ainda que o aumento da prematuridade esteja relacionado à idade mais avançada das gestantes, bem como ao uso de tecnologia para a fertilidade, ampliando a incidência de gestações múltiplas (MARCH OF DIMES et al., 2012). Outro determinante para o nascimento prematuro está relacionado à banalização da cesariana eletiva, sem indicação clínica (BRASIL, 2012a).

A preocupação com o parto prematuro está diretamente relacionada com os altos índices de morbimortalidade neonatal, já que por ano mais de um milhão destes Recém-nascidos (RN) morrem dias após o parto no mundo (MARCH OF DIMES et al., 2012). De acordo com a OMS, a prematuridade é a segunda causa de morte de crianças com menos de cinco anos de idade, sendo que 75% destes óbitos poderiam ter sido evitados através de ações simples, como o uso de corticoide antenatal, o uso de antibióticos e surfactante, óxido nítrico, e ventilação de alta frequência (MARCH OF DIMES et al., 2012; COSTA, 2005).

A partir da inclusão do RN nas Políticas Públicas de saúde, a mortalidade infantil no Brasil caiu 77% entre os anos de 1990 a 2012 (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2013). Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o índice de mortalidade infantil no país, no ano de 2014, foi de 14,4 e no Estado de Santa Catarina, no ano de 2013, foi de 10,4 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014; SANTA CATARINA, 2015). Com estes resultados o país já atingiu a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em relação a redução da mortalidade infantil (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014).

Entre as principais causas de mortalidade infantil no país, estão as afecções perinatais, como infecções e asfixia ao nascer, além de distúrbios metabólicos, os quais Recém-Nascidos Pré-Termos e de Baixo Peso (RNPTBP) estão mais propensos a desenvolver (BRASIL, 2013a). O uso de tecnologias avançadas nas Unidades Neonatais (UN) como incubadoras, berços de calor radiante, assistência ventilatória, alimentação parenteral e antibióticos de última geração, contribuíram para o avanço na neonatologia, reduzindo a morbimortalidade dos Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT) (COSTA, 2005).

Apesar dos benefícios com os avanços tecnológicos e os progressos da ciência, atualmente os desafios do atendimento ao bebê de risco consistem no longo tempo de internação e no alto custo de tratamento, além da separação precoce e prolongada da tríade mãe-filho-família, acarretando riscos para o estabelecimento do vínculo e do aleitamento materno (BRASIL, 2013a; MARCH OF DIMES et al., 2012).

Com a proposta de humanizar o atendimento ao RN hospitalizado, surge no Brasil em 2000 a “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (NAHRNBP) – Método Canguru (MC)”, por meio da portaria nº 693/GM, sendo revogada em

2007 pela portaria SAS/MS nº 1.683 (BRASIL, 2000a, 2007). Considerado no país mais que um método, o MC é uma Política Pública de saúde definida como modelo de assistência perinatal, que tem por preceito fundamental a humanização. Embora seja composto por várias ações integradas, o método é reconhecido principalmente pela “Posição Canguru”. Esta posição consiste em manter o RN em contato precoce pele a pele na posição vertical junto ao peito de seus pais ou familiares. O MC propõe cuidados de atenção ao desenvolvimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso, estimulando cuidados com ambiência como a redução de ruídos e luminosidade na UN, bem como o uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor. É incentivada a participação da família nos cuidados com o bebê, a fim de garantir a criação do vínculo. É incentivada a amamentação e fornecido suporte para a manutenção da produção láctea da mãe prematura. O método é realizado em três etapas, sendo a primeira ainda na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), a segunda na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) e a terceira após a alta hospitalar, no domicílio (BRASIL, 2013a).

A terceira etapa do MC, parte do método que é o foco deste estudo, consiste no acompanhamento da criança após a alta hospitalar no ambulatório ou no domicílio. Durante essa fase, a família é orientada a permanecer na “Posição Canguru” com o lactente a maior parte do tempo possível. Nesta etapa, são realizadas avaliações do ganho de peso do bebê, do vínculo familiar e rede de apoio, a identificação dos fatores de risco e dificuldades nos cuidados domiciliares, necessidades de encaminhamento para especialidades e o acompanhamento do desenvolvimento da criança (BRASIL, 2013a).

Sugere-se que sejam realizadas três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana, até que o bebê atinja 2.500g. Segundo o Ministério da Saúde (MS) brasileiro, este acompanhamento deve ser realizado no hospital, preferencialmente, pela equipe multiprofissional que atendeu o bebê durante a internação, incluindo a participação da Atenção Básica (AB)¹ com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), atuando com a prática da Visita Domiciliar (VD) (BRASIL, 2013a). Tal modelo

¹ O MS define a AB como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação.” (BRASIL, 1999, p. 9).

de cuidado confere responsabilidade compartilhada entre os diversos níveis de atenção².

Considerando a temática apresentada, é relevante contextualizar o meu interesse pela neonatologia, que emergiu antes mesmo de minha escolha pelo curso de graduação em Enfermagem. Assuntos relacionados à gestação, nascimento e “o mundo dos bebês” sempre me atraíram. Em 2007 iniciei a graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Imediatamente, após a conclusão do curso em 2010, tive a oportunidade de ingressar no qual denomino “o lindo mundo da neonatologia”.

Em 2011, iniciei a Residência em Enfermagem Neonatal na Universidade Estadual de Londrina (UEL), e no período de dois anos, aprendi e aperfeiçoei conhecimentos quanto aos cuidados com o bebê de baixo risco, e também caminhei por um novo e desafiador aprendizado: o cuidado de bebês de médio e alto risco. Eis, então, que fui apresentada às particularidades da prematuridade.

Atuei como Enfermeira residente em um Hospital Universitário Estadual do Norte do Paraná, referência para gestação de alto risco. Foi neste local que aprofundi os meus conhecimentos sobre o MC e comecei a aplicá-lo. Fiquei encantada com as ações tecnicamente leves e simples, como o contato pele a pele precoce oferecido pela “Posição Canguru”, poderiam trazer tantos benefícios para o bebê pré-termo e sua família.

Nesta realidade, os bebês eram acompanhados após a alta hospitalar em um importante serviço de *follow-up*³, responsável pelo seguimento ambulatorial daqueles bebês de risco egressos da UN. Aos bebês que participavam do projeto da residência “Uma Rede de Apoio a

² No Brasil, os níveis de atenção à saúde estão divididos em primário, secundário e terciário. Atenção primária à saúde: responsável pelas ações de promoção, prevenção e proteção à saúde em um território definido, de responsabilidade do município, sendo a principal estratégia o Programa Saúde da Família (PSF) com atuação nas UBS. Atenção secundária: rede de unidades especializadas, ambulatórios e hospitais, de responsabilidade das microrregionais do estado. Atenção terciária: é composta pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade (SOUSA, 2008).

³ Serviço de *Follow-up* é descrito como o seguimento ambulatorial sistematizado oferecido por equipe multiprofissional ao RN de risco, para a avaliação das possíveis repercussões decorrentes a internação neonatal e /ou nascimento prematuro no crescimento e desenvolvimento da criança (FERRAZ et al. 2010).

Família Prematura⁴ estava incluída uma VD pós-alta, quando também ocorria a visita à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência da família, garantindo o sistema de referência e contrarreferência⁵. Apesar dos familiares e profissionais da AB serem orientados sobre a necessidade do acompanhamento simultâneo da criança no ambulatório de prematuridade e na UBS, eram identificadas fragilidades para a realização do seguimento destes bebês em conjunto entre os dois níveis de atenção.

Havia famílias que preferiam ser atendidas exclusivamente no ambulatório de prematuridade, pois consideravam este serviço mais adequado para atender as particularidades de um bebê pré-termo, além de apresentarem maior vínculo com aqueles profissionais, uma vez que eram os mesmos que cuidaram do bebê na UN. Outras famílias, porém, queixavam-se que a UBS recusava-se de realizar o acompanhamento por acreditarem não estarem aptos para atender bebês pré-termos na AB. Por fim, as UBS que realizavam a puericultura destes bebês associada ao atendimento ambulatorial, eventualmente determinavam condutas equivocadas decorrentes de superficiais avaliações do crescimento e desenvolvimento do bebê devido a não utilização de gráficos adequados⁶.

Custódio (2010) em sua tese de doutorado igualmente identificou que a UBS apresentou interação tênue com as famílias, apresentando dificuldades e distanciamentos. As famílias procuravam as UBS apenas para a realização de algumas vacinas e aferir o peso das crianças, justificando este distanciamento pela insegurança dos pais diante da

⁴ Projeto de atendimento integral ao bebê pré-termo e sua família, desenvolvido pela Residência de Enfermagem Neonatal da UEL, que contempla acompanhamento hospitalar, ambulatorial e domiciliar (BENGOZI, 2010).

⁵ O Sistema de Referência e Contrarreferência é um mecanismo administrativo de regulação de fluxo no Sistema Único de Saúde (SUS). As UBS são a porta de entrada para os serviços de maior complexidade, que são chamadas “Unidades de Referência”. O usuário atendido na AB, quando necessário, é “referenciado” para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado este atendimento, o usuário deve ser “contrarreferenciado” para a sua UBS de origem (BRASIL, 2011d).

⁶ Até atingir 40 semanas de Idade Gestacional Corrigida (IGC), recomenda-se utilizar as curvas de crescimento intrauterina para os bebês pré-termos. Após completarem 40 semanas de IGC pode-se utilizar as curvas de referência da OMS, considerando a data que completou 40 semanas de IGC como ponto zero na curva padrão de crescimento pós-natal. Recomenda-se a utilização da IGC até os 3 anos de idade (SILVEIRA, 2012).

atuação de alguns profissionais no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (CUSTÓDIO, 2010).

Percebe-se que os profissionais de saúde da AB sentem-se muitas vezes desamparados e até despreparados para atender e acompanhar um bebê pré-termo e/ou de baixo peso. Esta insegurança é justificada, considerando que a maioria dos cursos superiores formam profissionais generalistas, com o conhecimento limitado quanto às questões da prematuridade. Um estudo apontou que os alunos se reconhecem aptos para cuidar apenas de RN sadios e salientaram o desejo por uma maior aproximação com o RN de risco. A fragilidade do conteúdo teórico em neonatologia na graduação, bem como a ausência do estágio para a vivência prática reforçam a necessidade da formação de profissionais especialistas em neonatologia para atuarem nos diversos níveis de atenção, não apenas focado para o modelo curativo hospitalar (GESTEIRA; GOLDENBERG, 2012).

Neste contexto, a literatura aponta uma fragilidade na articulação dos cuidados de níveis primários e terciários, sendo que o seguimento destes bebês pré-termos e/ou de baixo peso ocorre quase que predominantemente em nível terciário (VASCONCELOS et al., 2012; COSTA et al., 2011; CUSTÓDIO et al., 2013). O processo de referência e contrarreferência no sistema de saúde ainda é dificultado e a comunicação entre os profissionais do serviço terciário e da AB ocorre de maneira ineficaz (COSTA et al., 2011). Sendo assim, são necessários maiores investimentos na AB a fim de reduzir a insegurança dos profissionais para atender o bebê pré-termo e /ou de baixo peso (BUCCINI et al., 2011; CUSTÓDIO et al., 2013).

Conforme informação da Coordenação do Programa de Fortalecimento do Método Canguru⁷, atualmente o MS vem desenvolvendo estratégias no sentido de estimular que a terceira etapa seja realizada de modo compartilhado com a AB. Esta proposta de atendimento pretende fortalecer a AB para sua participação no MC, garantindo a comunicação interinstitucional e a contrarreferência (Informação verbal).

Partindo do pressuposto que nem todos os bebês pré-termos egressos de uma UN possuem referência fixa na rede e acesso facilitado de uma puericultura/*follow-up* que atendam as especificidades do desenvolvimento neuropsicomotor adequado para um bebê pré-termo, trabalhos que reforcem a capacitação dos profissionais da AB para o

⁷ Informação fornecida pela coordenadora nacional do MC, Dra. Zeni Carvalho Lamy, no evento III Encontro Nacional sobre o Método Canguru - 2013.

adequado seguimento desta clientela se fazem necessários. Sendo assim, fica ainda incumbida a responsabilidade ética e social do estudo, com a intenção de que estas inquietações que resultaram no desenvolvimento desta pesquisa reflitam em melhorias na qualidade de vida destes bebês e suas famílias.

Diante deste contexto e considerando o presente movimento do MS brasileiro com foco na participação dos profissionais da AB na terceira etapa do MC e atendimento ao RNPT ou de baixo peso, emerge a seguinte questão norteadora: **Quais as percepções dos profissionais das equipes de saúde da Atenção Básica acerca de sua participação no seguimento do bebê pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso egresso da Unidade Neonatal e à sua família, e a interface com o Método Canguru?**

Em busca de respostas para esta questão, definiu-se como objetivos do estudo:

1.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as percepções dos profissionais das equipes de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso egresso da Unidade Neonatal e à sua família.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família, e a interface com a terceira etapa do Método Canguru.
- 2) Identificar como ocorre a referência e contrarreferência do bebê pré-termo e/ou de baixo peso egresso da Unidade Neonatal na percepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica.

Acredito que os resultados do presente estudo, trazem contribuições científicas relevantes para a atenção aos bebês pré-termos e/ou de baixo peso egressos da UN e à sua família na atenção básica, preenchendo lacunas importantes na produção do saber nesta área. E ainda, identificando fragilidades e fortalezas da atenção primária no atendimento a este bebê e à sua família, fornece subsídios valiosos para os formuladores de políticas públicas e gestores, podendo promover melhorias para o seguimento dessa população específica, que é um fortalecedor da terceira etapa do Método Canguru.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No presente estudo, o referencial teórico é compreendido como uma “construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo da investigação” de uma pesquisa (NEVES; GONÇALVES, 1984, p. 213-214).

A sustentação teórica deste estudo a ser apresentada neste capítulo, está fundamentada nas Políticas Públicas de saúde no âmbito da humanização, na atenção ao RN e à saúde da mulher, percorrendo pelo traçado histórico do surgimento das Políticas Públicas na saúde infantil, em particular, sobre o atendimento ao RN (pré-termo e/ou de baixo peso).

Para contextualizar o atendimento ao bebê pré-termo e /ou de baixo peso egresso da UN na AB, foi realizada uma busca nas bases de dados SciELO e LILACS/BDENF, a partir da seguinte estratégia:

"Serviços de Assistência Domiciliar" OR "Serviços de Cuidados Domiciliares" OR "Assistência Ambulatorial" OR "seguimento ambulatorial" OR "visita domiciliar" OR "assistencia domiciliar" OR domicilio OR domiciliar OR domiciliaries OR "Estratégia saúde da família" OR "Programa Saúde da Família" OR psf OR ESF OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atendimento Primário" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "rede básica de saude" OR "seguimento da saude") AND ("Recém-Nascido de Peso Extremamente Baixo ao Nascer" OR "Recém-Nascido de baixo peso" OR "Baixo peso ao Nascer" OR prematuro OR "Recém-Nascido de muito Baixo Peso" OR puericultura OR "Cuidado do Lactente" OR "recém nascido de alto risco" OR neonatologia OR neonatal OR neonato OR pré-termo.

Foram selecionados para a análise e discussão os artigos publicados nos últimos 5 anos. A busca ainda contou com dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos, livros, e documentos oficiais como registros históricos, relatórios governamentais, considerando o enfoque deste trabalho para as políticas nacionais de saúde.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: UMA SÍNTESE HISTÓRICA

O cuidado à criança no decorrer da história pode ser resgatado por registros encontrados em diferentes culturas, passando por uma transformação social e histórica (SOUZA, 2011; CAMARGO; SILVA;

MARTINS, 2013).

As Políticas Públicas de saúde surgiram na Europa no século XVIII, com ênfase na higiene, na infância e na medicalização (NETO et al., 2008; CAMARGO; SILVA; MARTINS, 2013). No século XIX, ações para a saúde da criança eram ignoradas pela classe médica. As elevadas taxas de mortalidade infantil, associadas à queda da natalidade, acarretaram em preocupações políticas quanto à sobrevivência infantil. Alterações relacionadas aos cuidados da criança ocorreram lentamente, no final do século XIX e início do século XX (CAMARGO; SILVA; MARTINS, 2013).

No Brasil, o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência foi instituído durante o Estado Novo, no período de 1937 a 1945 (BRASIL, 2011b). Em 1940 foi criado o Departamento Nacional da Criança (DNC), que iniciou os estudos de apoio à maternidade e infância e incentivou a criação de estabelecimentos que atendam esta população. Em 1953 foram desmembrados os Ministérios da Educação e Saúde, ficando sob responsabilidade do MS o DNC, que teve seu fim em 1969 (BRASIL, 2011b).

A organização formal das Políticas Públicas na assistência à saúde materno-infantil no país ocorreu a partir da década de 70, com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil, que oferecia acompanhamento do pré-natal, o controle dos partos domiciliares, do puerpério e ações de promoção de saúde da criança. Até então, o RN não era visto como um sujeito do cuidado, pertencendo às políticas integradas à saúde da mulher (COSTA et al., 2010).

No ano de 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo objetivo era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança (BRASIL, 2011b). Em 1982 é publicada a primeira portaria sobre o Alojamento Conjunto, estabelecendo normas para a permanência conjunta do binômio mãe/filho em período integral (BRASIL, 1982). Em 1983 foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que buscava melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, investindo nos serviços de saúde. Um ano depois, em 1984 o PAISMC foi desmembrado virando Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), sendo este último responsável pelo crescimento, desenvolvimento e controle de comorbidades como diarreias, desidratação e infecções (BRASIL, 2011b). Em 1986 foi criado o Cartão da Criança, sendo o primeiro documento para o registro e

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do infante (SOUSA, 2008).

Avanços de movimentos populares, feministas, bem como a Constituição de 1988, vieram garantir direitos relacionados às mães e aos bebês, assegurando a proteção à maternidade e à infância, como por exemplo: o direito das presidiárias de permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação; a licença-gestação; a licença-paternidade; a assistência gratuita aos filhos e dependentes, desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas; e ao planejamento familiar (BRASIL, 1988a; COSTA et al., 2010). Neste mesmo ano, a Portaria n^o 322/Gabinete do Ministro (GM) aprovou normas para regular a instalação e o funcionamento dos Bancos de Leite Humano (BLH) em todo território nacional (BRASIL, 1988b).

Em 1990, é aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sendo um marco das Políticas Públicas na saúde da criança (BRASIL, 1990). No mesmo ano, o MS brasileiro lançou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propondo boas práticas para a assistência do neonato e apoio à amamentação (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2010). No ano de 1993, a Portaria n^o 1.016, tornou obrigatória a implantação do alojamento conjunto durante o período de internação da gestante e do RN em todo território nacional. Esta ação veio ao encontro dos movimentos em busca da garantia do aleitamento materno, bem como proteção da maternidade e da infância, favorecendo o relacionamento precoce do binômio (BRASIL, 1993; COSTA et al., 2010).

A Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), desenvolvida originalmente pela OMS e pelo UNICEF foi implementada no Brasil a partir do ano de 1997. Esta ação propõe a avaliação sistemática da criança baseada nos principais fatores que afetam sua saúde, enfatizando para “sinal geral de perigo” ou “doença específica”. Visa medidas de prevenção e promoção da saúde, a fim de reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 2002a). Na realidade brasileira, a estratégia AIDPI está fundamentada em fortalecimento da atenção primária e melhoria da qualidade da assistência prestada, sendo efetivada principalmente pela ESF através de ações de educação em saúde na família e na comunidade (BRASIL, 2002a).

Buscando promover um modelo de atenção que integram ações de promoção, vigilância, prevenção, atendendo à atenção integral da saúde da criança, foi criada em 1998 a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), atualmente denominada de

Coordenação Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS (BRASIL, 2011b).

Em 1999 é publicada a NAHRNBP – Método Canguru, com a proposta de humanizar o atendimento ao RN hospitalizado (BRASIL, 2013a). Em virtude das preocupações governamentais acerca dos altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, em 2000, a partir dos ODM, um grupo de 191 países estabeleceram oito metas para a melhoria das condições de vida da população mundial até o ano de 2015, sendo que a quarta visa reduzir a mortalidade de crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2010a).

Nesta linha de atenção, foi criado em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com objetivo de melhorar a relação entre trabalhadores da saúde e usuários, através de ações de humanização (BRASIL, 2011c). Neste mesmo ano, é criado o Programa Nacional de Triagem Neonatal, buscando detectar precocemente doenças congênitas, permitindo o tratamento precoce (BRASIL, 2001).

Em 2002 o Programa Nacional de Humanização ao Parto é lançado, assegurando melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência à gestante e ao RN (BRASIL, 2002b). Posteriormente ao PNHAH, foi instituído, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida por Humaniza SUS, que é composta por um conjunto de estratégias, diretrizes e parâmetros para acompanhamento de sua implantação no campo da humanização (BRASIL, 2004a).

Em 2004 é lançada pelo MS a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, definindo ações multiprofissionais de assistência à criança (BRASIL, 2004b). No ano de 2005 é instituída a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Neste mesmo ano, é lançada a Portaria nº 1.067/GM que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que entre várias medidas assegura a todo RN o direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. Nesta portaria já é proposto atendimento menos intervencionista na sala de parto, favorecendo o contato pele a pele imediato quando o RN nascer em boas condições de vitalidade. Em 2005 é ainda instituída a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), substituindo o Cartão da Criança (BRASIL, 2011b).

Em 2006 a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) é aprovada como lei nacional, determinando diretrizes para a comercialização de bicos, chupetas e mamadeiras,

conferindo proteção ao aleitamento materno. São estabelecidas normas de divulgação e promoção de produtos industrializados que assemelhe o substituto ao leite materno (BRASIL, [200-?]). No mesmo ano, o Pacto pela Saúde traz a partir do Pacto pela Vida o compromisso dos gestores do SUS, dentre várias prioridades, para a redução da mortalidade infantil e materna, bem como a promoção da saúde e fortalecimento da AB (BRASIL, 2006a).

Em 2010 através da Portaria nº 193, é elaborada a Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e MS, com o objetivo orientar a instalação e fiscalização de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas, com o objetivo de proporcionar às nutrizes um local adequado para a realização da ordenha e armazenamento do leite durante seu horário de trabalho (BRASIL, 2010b).

Em 2011 através da Portaria nº 2.715/GM é aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, recomendando o aleitamento materno como a primeira prática alimentar, devendo ser exclusivo até o sexto mês e a introdução da alimentação complementar ser realizada de forma saudável atendendo as necessidades nutricionais da criança de acordo com sua fase de desenvolvimento (BRASIL, 2012d).

A Estratégia Rede Cegonha foi lançada em 2011 pelo MS, através da Portaria nº 1.459/GM, buscando implementar ações para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A partir de então é proposto um novo modelo de atenção à saúde da mulher e RN, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade, além da redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha recomenda as boas práticas de atenção ao parto e atendimento ao RN, baseadas em evidências científicas e nos princípios de humanização. Reforça a importância da permanência do RN ao lado da mãe, do contato pele a pele, traz incentivo e apoio à amamentação, desencoraja procedimentos “de rotina” iatrogênicos e sem embasamento científico e garante a participação do acompanhante no processo de nascimento. Esta política ainda garante todas as triagens neonatais como o teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha; e assegura leitões de UTIN, UCINCo e UCINCa para bebês graves/ de risco. Prevê a qualificação do atendimento nas UBS para a participação no cuidado ao binômio mãe e RN (BRASIL, 2011a).

Em 2012, é publicada a Portaria nº 930/GM, que define diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao RN

grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos das UN no âmbito do SUS (BRASIL, 2012c). Este documento buscou garantir a integralidade da assistência, a atenção humanizada com estímulo à participação dos pais nos cuidados ao RN e o seu livre acesso à UN, além de reduzir a morbimortalidade perinatal e neonatal e garantir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção a esta população (BRASIL, 2012c). A portaria ainda define uma nova nomenclatura para as unidades de internação neonatais: UTIN, classificada em tipo II e tipo III de acordo com as especialidades oferecidas; e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias – a) UCINCo e b) UCINCa (BRASIL, 2012c).

Em 2013, a Portaria nº 3.389/GM revoga parcialmente e acrescenta à Portaria nº 930/GM, definindo ajustes para classificação e habilitação de leitos das UN, além de definir sua ampliação preconizando que cada UN possua no mínimo um terço de leitos de UCINCa (BRASIL, 2013b).

Ainda em 2013, a Portaria nº 1.020/GM institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco. Neste documento está contemplada a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera. Ele ainda propõe critérios para pré-natal e gestação de risco, estabelecendo serviços hospitalares de referência, incluindo a UN (BRASIL, 2013c).

No ano de 2013 também é lançada, em substituição à Rede Amamenta Brasil, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que fortalece a AB para a promoção da amamentação e alimentação saudável.

Em 2014 a Portaria nº 371/GM institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no momento do nascimento, reforçando a importância do contato pele a pele imediato e contínuo e a necessidade de postergar os procedimentos de rotina para RN saudáveis (exame físico, pesagem, entre outros) na primeira hora de vida (BRASIL, 2014a).

Ainda nesse ano pela Portaria nº 1.153/GM são redefinidos os critérios de habilitação da IHAC, incentivando a articulação dos Hospitais Amigos da Criança em ações educativas com a AB e estimulando as "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento", conforme as recomendações da OMS. Sendo assim, deve ser assegurado às mulheres e seus filhos após a alta hospitalar a contrarreferência para a AB e o acesso a serviços de apoio à amamentação. São definidos

critérios e normas para a certificação e avaliação da instituição, como o cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno⁸, cumprimento da NBCAL, atender o critério global de cuidado amigo da mulher com o seguimento das boas práticas da OMS para o atendimento do parto e nascimento, dentre eles a garantia do direito do acompanhante, acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor, oferta de líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto, redução de procedimentos invasivos, entre outros. (BRASIL, 2014a, 2014b).

2.2 O MÉTODO CANGURU

Com o surgimento da proposta do MC, o cenário da saúde se deparou com uma transformação internacional quanto ao atendimento ao neonato. Embora o MC faça parte das Políticas Públicas brasileiras focadas para a atenção à saúde da criança, optou-se por contextualizá-lo separadamente, considerando sua história e transformação na realidade do país, que atualmente serve de modelo internacional.

O Método Mãe Canguru⁹ foi idealizado na Colômbia, no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, pelos médicos Dr. Reys

⁸ A OMS juntamente com a UNICEF estabelecem a IHAC para o cumprimento dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno:

1 – Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.

2 – Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.

3 – Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.

4 – Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.

5 – Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

6 – Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.

7 – Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

8 – Encorajar a amamentação sob livre demanda.

9 – Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

10 – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2010).

⁹ O método Mãe-Canguru deve-se a espécie de mamíferos marsupiais da Austrália, que nascem antes do fim de sua gestação. As fêmeas dos cangurus apresentam uma bolsa, onde os filhotes se desenvolvem até completar o fim da gestação (Carvalho, 2011).

Sanabria e Dr. Hector Martinez. A técnica consistia em colocar o bebê em contato pele a pele entre os seios da mãe, na posição supina, prevenindo refluxo gastroesofágico e aspiração pulmonar, além de favorecer a manutenção da temperatura (LAMY et al. 2005).

Inicialmente a proposta tinha como objetivo reduzir os custos da assistência perinatal e solucionar a pouca disponibilidade de equipamentos em uma realidade na qual dois ou mais RN eram colocados juntos na mesma incubadora, com elevada taxa de mortalidade por infecções cruzadas (CARDOSO et al., 2006). Nesta perspectiva, o método visa a alta hospitalar precoce com acompanhamento ambulatorial, possibilitando a desmedicalização e desospitalização. Desde sua implantação, o método sofreu uma série de críticas principalmente dos países desenvolvidos, por ser um modelo que contrariava o até então atendimento tecnocrata, sendo por muito tempo considerado uma medida para países de terceiro mundo (BRASIL, 2013a).

O método vem sendo adotado com diferentes concepções em todo o mundo, na realidade brasileira, surgiu com uma proposta diferente da original, tendo como objetivo melhorar/humanizar/qualificar o atendimento neonatal e favorecer o vínculo familiar.

No que diz respeito ao significado do cuidado/cuidar, é compreendido como [“Cuidado”] algo maior que um ato, segundo Leonardo Boff, uma atitude, algo essencial ao ser humano, um modo de ser-no-mundo. Cuidar é responsabilização, é se opor ao descaso, é atenção e zelo; e saber cuidar caracteriza sentimentos éticos. Segundo o autor, o cuidado está presente em tudo (BOFF, 1999). A partir da perspectiva de cuidado de Boff (1999) está fundamentada a atenção ao neonato e sua família dentro da proposta MC (LAMY et al., 2005).

Sendo formalizado no país enquanto Política Pública, o método não visa economizar recursos humanos ou técnicos, mas aprimorar o atendimento perinatal (BRASIL, 2013a). Considerando o enfoque da política para o atendimento ao bebê e seu núcleo familiar, no Brasil, o termo Método Mãe Canguru (ainda utilizado na Colômbia) foi substituído para Método Canguru (LAMY et al., 2005).

O MC iniciou no Brasil em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro em Santos/SP, sendo realizado nas enfermarias do Alojamento Conjunto. Em 1997, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) inaugurou a Enfermaria Mãe Canguru (BRASIL, 2013a).

Em 1999, o IMIP sediou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru,

com representantes dos hospitais que já realizavam o método e integrantes da ATSCAM, do MS. No mesmo ano foi lançada pela ATSCAM da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o UNICEF, a Universidade Federal de Brasília e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Distrito Federal e de São Paulo, o Instituto de Medicina Integral e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, a “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru” (BRASIL, 2000a, 2013a).

Em março de 2000, a Portaria nº 72/Secretaria de Assistência Social inclui, na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, o procedimento de Atendimento ao RN de Baixo Peso, além de regulamentar o caráter multiprofissional da equipe de saúde responsável por esse atendimento (BRASIL, 2000c). Em julho do mesmo ano, o MS lança a Norma de Atenção Humanizada ao RNBP por meio da portaria nº 693/GM, sendo o primeiro país a adotar o MC como Política Pública e padronizar seus procedimentos (BRASIL, 2000a; CARDOSO et al., 2006).

No ano de 2002, o programa de disseminação do MC do MS recebeu o prêmio Racine, que tem como objetivo identificar, valorizar, reconhecer e divulgar ações transformadoras das condições de saúde da sociedade brasileira (BRASIL, 2013a). Em 2004, o Rio de Janeiro sediou o 1º Seminário Internacional sobre a Assistência Humanizada ao RN e o 5º Workshop Internacional sobre o MC, conferindo visibilidade internacional a proposta brasileira (BRASIL, 2013a).

No ano de 2007, pela Portaria nº 1.683/SAS, que revoga a Portaria nº 693/GM, é lançada a Norma de Orientação para implantação do MC (BRASIL, 2007).

Sendo organizado enquanto Política Pública, se fez necessário desenvolver estratégias para divulgação e implementação do MC. Foram criados centros de referências nacionais e estaduais, responsáveis por capacitar os profissionais quanto ao método. Em Santa Catarina, o Hospital Universitário de Santa Catarina Professor Polydoro Ernani de São Thiago, em Florianópolis, se constitui em um centro de referência nacional e a Maternidade Darcy Vargas (MDV), em Joinville, referência estadual para o método. Segundo dados do MS, no período de 2000 a 2007 aconteceram 170 capacitações no país envolvendo 7.036 profissionais (FILHO et al., 2008).

No ano de 2008 foi investido no que se chama programa de

fortalecimento do MC, sendo realizadas avaliações e definições de metas a serem alcançadas. Em 2009 o foco estava na descentralização e expansão do MC, sendo realizadas ações em três momentos. Primeiro foram realizados cursos de formação de tutores nos centros de referência nacionais, além de seminário com gestores das Áreas Técnicas da Saúde da Criança. Em seguida houve a participação do estado, com os cursos de formação de tutores do estado. Por fim, foram desenvolvidas ações de apoio e monitoramento para os estados e municípios, com cursos de capacitação para profissionais, além da realização do Seminário Nacional do MC (LAMY, 2013).

O MC, segundo a concepção brasileira, inicia previamente ao nascimento do bebê, na identificação e acolhimento das gestantes de alto risco e suas famílias. Está estruturado em três etapas. A **primeira etapa** ocorre na UTIN e UCINCo. É o momento da acolhida dos pais na UN e auxílio no estabelecimento de laços com o bebê, garantindo o livre acesso à unidade, bem como do grupo familiar estendido sempre que possível, contando com suporte psicológico. A equipe deve estar disponível para retirar as dúvidas e estimular o vínculo dos pais com o bebê (BRASIL, 2013a).

Nesta etapa deve-se encorajar o contato pele a pele o mais precoce possível e incentivar a mãe quanto a lactação e retirada do leite, favorecendo sua permanência no hospital com seu filho pelo menos nos primeiros cinco dias, além de auxiliar com transporte e alimentação para a ida diária ao hospital após a alta materna. São realizadas ações que favoreçam o desenvolvimento adequado do bebê internado, diminuindo o estresse inerente das UN. Sendo assim, são adotadas medidas que favoreçam a ambiência, como cuidados com iluminação e ruídos, redução de estímulos e procedimentos desnecessários priorizando o manuseio agrupado, cuidados com posicionamento e contenção do bebê para favorecer sua organização global, além do estímulo de medidas não farmacológicas para alívio da dor, como a sucção não nutritiva aliada ou não a administração de sacarose 25% (BRASIL, 2013a).

A **segunda etapa** acontece na UCINCa, ambiente no qual a mãe permanece junto a seu bebê com o objetivo de realizar a “Posição Canguru” a maior parte do tempo possível, além de assumir a maior parte dos cuidados de seu filho, sendo preparada para a alta hospitalar. O MC orienta o cuidado centrado na família, buscando empoderar os pais para os cuidados ao neonato. Nesta etapa o bebê encontra-se clinicamente estável, sem necessitar de suporte ventilatório. Sua nutrição é plena e o ganho de peso satisfatório, sendo que a utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não

contraindicam a permanência nessa etapa. O peso mínimo do lactente deve ser de 1.250g e seu ganho de peso diário maior que 15g. Nessa fase, os pais e a criança estarão aptos a permanecerem em enfermaria conjunta, e a mãe apta a saber reconhecer as situações de risco do bebê (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, hipoatividade, entre outras). A família deve desejar participar desta etapa, não sendo estipulado a obrigatoriedade do tempo de permanência na posição canguru, sendo ajustado conforme a satisfação da criança e da mãe (BRASIL, 2013a).

Na **terceira etapa** ocorre a alta hospitalar, porém não do MC, sendo realizados acompanhamentos ambulatoriais para a continuidade do cuidado. Recomenda-se que a primeira consulta seja realizada em até 48 horas após a alta hospitalar; sendo as demais consultas realizadas da seguinte maneira: três consultas na primeira semana, duas consultas na segunda semana e a partir da terceira semana em diante uma consulta semanal até atingir um peso mínimo de 2500g. Entretanto, a periodicidade das consultas irá depender da condição clínica individual de cada bebê. Para atingirem esta etapa, os pais devem estar seguros quanto aos cuidados com o bebê. O neonato deve apresentar um peso mínimo de 1600g, estar clinicamente estável e com adequado ganho de peso nos três dias que antecederem a alta, com a alimentação plena (Aleitamento materno exclusivo ou cuidadores seguros quanto à oferta de complemento, se necessário). A “Posição Canguru” deve ser continuada no domicílio pela maior parte do tempo possível. A alta da terceira etapa ocorre quando o bebê atingir 2500g, devendo então seguir a puericultura (BRASIL, 2013a).

Esta proposta incentiva a desospitalização do cuidado o tão logo possível, embora deva garantir agenda aberta e possibilidade de reinternação caso o bebê necessite. Estudo realizado pelo MS brasileiro com o objetivo de avaliar o MC apontou benefícios para a manutenção do aleitamento materno exclusivo, menores taxas de reinternação, empoderamento familiar para os cuidados com o bebê, enfatizando a segurança para o uso dessa estratégia comparada ao tratamento convencional (FILHO et al., 2008; BRASIL, 2013a).

Considerando a complexa transição que ocorre no momento da alta hospitalar, Borck e Santos (2010) realizaram estudo que investigou a experiência de famílias no processo de adaptação na Terceira Etapa do MC. As autoras observaram, durante as consultas hospitalares de Terceira Etapa, que a adaptação domiciliar está relacionada com os cuidados e papéis diários assumidos pelos familiares, o que reforça a necessidade de empoderamento destes personagens para o cuidado.

As orientações da equipe multiprofissional durante a internação são determinantes para a segurança familiar no cuidado domiciliar. A presença de uma rede de apoio sólida é decisiva para a realização do MC em casa bem como o desempenho do papel da mãe, principal cuidadora, em plenitude (TRONCO et al. 2010; ROCKENBACH, SANTOS, 2009).

O MS recomenda que este atendimento da Terceira Etapa ocorra de modo compartilhado entre hospital e UBS, e que os serviços hospitalares que atendem bebês pré-termos organizem um programa de seguimento/*follow-up*, com possibilidade de consultas para retorno aos 2, 4, 9, 12, 18 e 24 meses, pelo menos. Os serviços hospitalares que não disponham deste modelo de acompanhamento, deverão encaminhar o bebê para um centro de referência que possa fazê-lo. Nos casos de municípios pequenos pediatras podem ser capacitados para servirem de referência para essas crianças (BRASIL, 2013a).

Considerando a ausência de diretrizes para o seguimento da criança egressa da UN na AB, o MS brasileiro vem implementando esforços para incentivar e fortalecer que a Terceira Etapa seja realizada de modo compartilhado entre os serviços hospitalares e de AB, atuando em capacitações e organizações de fluxos e contrarreferência. Tais capacitações buscam proporcionar aos profissionais de saúde da AB segurança para a realização do seguimento e garantia da continuidade dos cuidados.

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

O presente estudo ocorre no âmbito de atenção que compreende a porta de entrada no SUS brasileiro. Sendo assim, é necessário contextualizar o surgimento deste modelo de atenção no país. Os termos Atenção Primária e Atenção Básica (AB) são usados como sinônimos na literatura e nos discursos dos profissionais de saúde, sendo neste trabalho adotado o termo AB (SOUZA, 2011).

O MS define a AB como: “Um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999, p.9).

No Brasil, a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, com a proposta de favorecer a aproximação do serviço de saúde à comunidade, pela qual assume responsabilidade sanitária. É composta por equipe multiprofissional que atua atendendo populações de territórios definidos, o que possibilita o planejamento. Deve ser

garantido o acesso, o acolhimento e o vínculo através de relações afetivas e de confiança entre o usuário e trabalhador da saúde (BRASIL, 1999).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994, dentre as atividades profissionais estão atendimento de ações programáticas e demanda espontânea; favorecendo a promoção da saúde e prevenção de agravos, realizando um cuidado centrado no usuário (BRASIL, 2006b).

A ESF surge com a proposta de reorganizar a AB no país, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação. Deve ser de caráter resolutivo, coordenar o cuidado e ordenar as redes. Composta por equipe multiprofissional, sendo no mínimo um médico (generalista ou especialista em Saúde da Família), um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (em número suficiente para cobrir 100% da população, perfazendo 750 pessoas por ACS), podendo apresentar profissionais de saúde bucal. Cada equipe de Saúde da Família é responsável por 3.000 a 4.000 pessoas (BRASIL, 1999).

Neste modelo, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), foram criados com o objetivo melhorar a resolubilidade, sendo classificados em NASF I e II, diferenciados pela modalidade de jornada de trabalho. O encaminhamento da população para as especialidades é regulado pelas equipes da AB, a partir das demandas identificadas. Fazem parte da equipe multiprofissional: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatria; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 1999).

Em 1998, o MS publicou o Manual para Organização da AB (BRASIL, 1999), destacando sua importância para a organização do sistema de saúde. O documento apresenta as orientações para o repasse, aplicação e controle dos recursos financeiros da AB (BRASIL, 1999).

No ano de 2006 foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para organização e fortalecimento da AB. Segundo a PNAB, faz parte do processo de trabalho das equipes da AB desenvolver ações que priorizem os grupos de risco, com o intuito de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2012b). A

PNAB traz a necessidade de pactuações, estabelecimento de referência e contrarreferência para os casos que necessitem de atendimento especializado.

2.3.1 O cuidado ao bebê pré-termo na atenção básica

Sabendo que a AB é a porta de entrada para o acesso ao serviço de saúde e considerando as atuais propostas do MS para o atendimento do bebê pré-termo na atenção primária, estudos estão sendo desenvolvidos, embora ainda limitados, com o objetivo de identificar de que modo está ocorrendo este processo.

Os grupos expostos a fatores de risco devem ser objeto de atenção especial pelos serviços de saúde, principalmente na atenção primária (MELO; UCHIMURA, 2011). No entanto, o hospital continua sendo referência para a saúde da criança, o que vai contra a proposta do SUS no que tange a regionalização e hierarquização dos serviços. Sendo assim, é necessário garantir a participação da AB no seguimento e puericultura de crianças de risco, a fim de evitar a superlotação da rede terciária (VASCONCELOS et al., 2012).

O modo de cuidar e cuidado à criança na AB apresentam diferentes sentidos, construídos a partir da comunicação e da complementaridade na atuação dos profissionais e familiares (SOUSA; ERDMANN, 2012). Uma revisão integrativa de literatura sobre indicadores de saúde infantil no contexto da ESF apontou que este modelo de assistência apresenta resultados positivos para a melhoria da saúde da criança, a partir de ações coletivas de promoção à saúde (STÁBILE et al., 2013).

Estudo sobre a atenção ao neonato na AB destacou os avanços promovidos pela ESF, como a melhoria do acesso, do vínculo entre usuários e profissionais e a resolutividade. A pesquisa reforçou a importância da realização de maiores estudos que busquem conhecer a realidade da assistência ao neonato na AB, a partir do olhar dos profissionais e dos usuários (GAIVA; DIAS; SIQUEIRAS, 2012).

O acolhimento adequado, bem como a garantia de acesso favorecem o sucesso do acompanhamento da criança na AB (COSTA et al., 2011; FURTADO et al., 2010; NOVACZKY; GAÍVA, 2011; GAIVA; DIAS; SIQUEIRAS, 2012). Recomenda-se que o vínculo com a família do bebê se inicie desde o momento do pré-natal (BUCCINI et al., 2011). No entanto, estudos apontam dificuldade de acesso aos serviços enfrentadas pelas famílias, o que impossibilita o cuidado da criança de maneira integral. Os dados destacam ações mecanizadas e

cuidado fragmentado (COSTA et al., 2011; CUSTÓDIO et al., 2013; VASCONCELOS et al., 2012). Sendo assim, se faz necessário reorganizar a AB de modo a garantir a continuidade da assistência à criança de risco de forma integral (CUSTÓDIO et al., 2013; NOVACZKY; GAÍVA, 2011; MELO; UCHIMURA, 2011; GAIVA; DIAS; SIQUEIRAS, 2012).

O processo de referência e contrarreferência no sistema de saúde ainda é frágil e a comunicação entre os profissionais do serviço terciário e da AB ocorre de maneira discreta, sendo o repasse das informações realizados quase que exclusivamente pelo usuário e/ou seus cuidadores (COSTA et al., 2011; SOUSA; ERDMANN, 2012). Souza e Erdmann (2012) defendem que não se pode atuar em saúde sem um processo de comunicação adequado, que garanta referência e contrarreferência. Estudo que avaliou o itinerário dos usuários no serviço de saúde identificou pouca resolutividade da AB. Esta fragilidade no atendimento resultou em quebra de vínculo, sendo que o usuário optava por procurar diretamente o serviço de emergência ou o ambulatório do hospital (OLIVEIRA et al., 2012).

Os dados da literatura apontam que o atendimento ao RN de risco vem ocorrendo de modo contrário ao que recomenda o MS (ASSIS et al., 2011; UCHIMURA, 2011; NOVACZKY, GAÍVA, 2011). Foram identificadas inseguranças dos profissionais da AB para atender o bebê pré-termo, sendo que os RNPT e suas famílias ainda não recebem um atendimento diferenciado (BUCCINI et al., 2011). Uma revisão integrativa de literatura identificou a necessidade de capacitação profissional e melhora de estrutura do ESF para o atendimento ao RNPT na AB (CUSTÓDIO et al., 2013).

O atendimento à saúde da criança ainda está inserido no antiquado modelo biomédico, o que torna as mães mais dependentes dos serviços de saúde. Apesar das ações de promoção de saúde incentivadas pelo MS os profissionais apresentam dificuldades para fugir do modelo medicalocentrico e biologicista (COSTA et al., 2011; ASSIS et al., 2011; BOEHS et al., 2011; NOVACZKY, GAÍVA, 2011).

As orientações fornecidas pela equipe multiprofissional durante o período de internação do bebê são fundamentais para que os familiares desempenhem os cuidados com segurança no domicílio, devendo o processo de internação ser compreendido como um momento de instrução dos familiares, favorecendo o empoderamento dos pais para o cuidado de seus filhos (COUTO; PRAÇA, 2012; FROTA et al., 2013; SASSA et al., 2014; SOARES et al., 2010; TRONCO et al., 2010). Ações de promoção à saúde se mostraram como ponto positivo para o

encorajamento dos familiares para o cuidado do bebê no domicílio, devendo ser encorajadas (BUCCINI et al., 2011; COSTA et al., 2011; COUTO, PRAÇA, 2012; FURTADO et al., 2010; VASCONCELOS et al., 2012). A presença de uma rede de apoio sólida é determinante para a transição hospital-domicílio, bem como a realização do MC no domicílio (COUTO, PRAÇA, 2012; FONSECA, MARCONI, 2011; FROTA et al., 2013; MORAIS, QUIRINO, CAMARGO, 2012; ROCKENBACH, SANTOS, 2009; SASSA et al., 2014; SASSA, MARCON, 2013; SCHMIDT, HIGARASHI, 2012; SOARES et al., 2010; TRONCO et al., 2010; VIERA et al., 2010).

Pesquisas apontam a VD como importante ação da AB para o acompanhamento do desenvolvimento do bebê pré-termo (COUTO, PRAÇA, 2012; SANTOS et al., 2014; SASSA et al., 2011; SASSA et al., 2014). Apesar de ser uma tecnologia de cuidado antiga, a VD traz resultados inovadores e se mostrou como importante instrumento para a prestação da assistência à saúde da família no âmbito do acompanhamento ao neonato, pois permite uma maior aproximação com os usuários, reconhecendo sua cultura, seus hábitos e seus cuidados de saúde (COSTA et al., 2011; SASSA et al., 2011; SANTOS et al., 2014; SCHMIDT, HIGARASHI, 2012; SOUSA, ERDMANN, 2012). Esta ação necessita de investimentos e planejamento por parte dos gestores, já que foram identificadas limitações no processo de trabalho como falta de profissionais e veículo para o transporte para realizá-la (MELO; UCHIMURA, 2011).

Projetos municipais relataram propostas exitosas para a reestruturação do modelo de atenção a saúde da criança na AB, apresentando bons resultados na redução de morbimortalidade, bem como a criação de protocolos buscando a integração entre os serviços de saúde (MOREIRA et al., 2013; SILVA et al., 2012; SOUSA, ERDMANN, 2012). Estudos apontam necessidades de maiores investimento na AB para o atendimento da criança, seja na melhora da resolubilidade (COSTA et al., 2011; GAIVA, DIAS; SIQUEIRAS, 2012) como em adequações de estrutura física e número de profissionais para atender a alta demanda da população (COSTA et al., 2011; MACHADO et al., 2012).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória pretende desenvolver, clarear e transformar conceitos e ideias, possibilitando a problematização ou formação de hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (TRIVIÑOS, 2007). A preferência pela pesquisa descritiva deve-se ao interesse em uma situação pouco conhecida, que necessita maior aprofundamento para sua compreensão (LEOPARDI, 2002). Através da precisão de detalhes, a pesquisa descritiva fornece subsídios para a contextualização da realidade estudada (BARDIN, 2011; POUPART et al, 2010). A abordagem qualitativa proporciona a flexibilidade e a capacidade de observação e de interação entre os pesquisadores e os sujeitos envolvidos no cenário da pesquisa, facilitando a compreensão das relações sociais (MINAYO, 2010).

3.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas UBS do município de Joinville/SC. Com mais de 515 mil habitantes, Joinville é a maior cidade do estado. Considerada como o mais importante pólo econômico, tecnológico e industrial de SC, possui o maior parque fabril, com cerca de 1,6 mil indústrias e 13,4 mil comércios. Apresenta o 13º melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil e está classificada como a 6ª cidade que mais cresceu no país nos últimos 10 anos (JOINVILLE, 2013a; JOINVILLE, 2014).

Neste contexto, Joinville apresenta um amplo e complexo sistema de atenção à saúde, contemplando os níveis primário, secundário e terciário, abrangendo tanto o SUS como a rede privada. No que tange ao serviço de saúde público, as unidades são apresentadas no Quadro 1, a seguir (JOINVILLE, 2013a; JOINVILLE, 2014).

Quadro 1 – Unidades públicas de atendimento de saúde no município de Joinville/SC em 2013.

Estrutura de Saúde	Total 2013
Hospitais	05
Clínicas / Ambulatórios especializados	08

(continua na próxima página)

Pronto Atendimento	03
Pronto Socorros Geral	04
Unidades Básicas de Saúde	57
Unidades de Saúde da Família	31
Policlínicas	09
Centros de Referência	14
Farmácias	67
Laboratórios (Postos de Coleta)	45

Fonte: Informações retiradas do site da Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville/SC (JOINVILLE, 2014).

No que diz respeito à assistência materna e neonatal, Joinville conta com duas maternidades privadas e duas públicas. A MDV, maternidade pública fundada em 16 de abril de 1947, é referência no atendimento obstétrico e neonatológico para a região Norte e Nordeste de Santa Catarina para o SUS. Reconhecida nacional e internacionalmente pela OMS, pelo UNICEF, e pelo MS, a MDV é certificada pelo Ministério da Educação como hospital de ensino para cursos profissionalizantes nas diversas áreas da saúde, além de ser reconhecida como de excelência na atenção ao parto humanizado, possuindo o prêmio Galba Araújo e os títulos de Hospital Amigo da Criança, Maternidade segura, e Referência Estadual de Banco de Leite Materno (MATERNIDADE DARCY VARGAS, 2013).

Vinculada à Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES-SC), a maternidade atende gestantes, puérperas e RN de baixo, médio e alto risco. Possui 87 leitos obstétricos, 10 leitos de UTIN, 25 leitos de UCINCo, três leitos de UCINCa e 75 vagas para bebês em alojamento conjunto (MATERNIDADE DARCY VARGAS, 2013).

A referida maternidade conquistou em 2013 o título de referência estadual para o MC. Conta com 16 tutores e diversos profissionais capacitados para atuar no MC. A instituição já promoveu dois cursos de formação de tutores de 40 horas para diferentes municípios do estado de Santa Catarina e três cursos de sensibilização de 30 horas para a equipe de saúde da MDV. Neste contexto, o MC é desenvolvido na MDV em

três etapas (Informação verbal)¹⁰.

A **primeira etapa** acontece desde o ano de 1999, quando foram capacitados os primeiros tutores da instituição. A UN segue as recomendações do MS quanto aos cuidados de ambiência, adequado acolhimento dos pais, fortalecimento do vínculo, garantia de permanência da mãe nos primeiros cinco dias de internação do bebê, auxílio com transporte e refeições durante as idas à maternidade (Informação verbal)¹⁰.

A **segunda etapa** foi instituída no ano de 2005 pela primeira vez, e reorganizada em 2010. Para serem encaminhados à segunda etapa a unidade preconiza que o bebê deve ter peso entre 1500 a 1600g, aproximadamente, pais com perfil para vivenciarem a proposta (avaliado segundo entrevista realizada pela equipe multiprofissional), seguros quanto aos cuidados com o bebê e adaptados com a “Posição Canguru”. É compartilhada a responsabilidade entre a família e o serviço de saúde para o sucesso do método (Informação verbal)¹⁰.

A **terceira etapa** ocorre desde 2012, em um consultório no ambulatório de alto risco da maternidade. Para receber alta para a terceira etapa, os bebês devem ter peso entre 1900 a 2000g, no mínimo. As consultas são realizadas duas vezes por semana, sendo a primeira agendada em até 48 horas após a alta, a segunda após três dias e as seguintes semanalmente, de acordo com o ganho de peso e necessidade individual de cada bebê. O acompanhamento é realizado por equipe multiprofissional, contando com médico, enfermeira, assistente social e psicóloga. São abordadas as questões de adaptação da família no domicílio, realizado exame físico, avaliado o crescimento e desenvolvimento, o ganho de peso e o aleitamento materno, reforçados os cuidados no domicílio, bem como os encaminhamentos para especialidades, quando necessário, e o acompanhamento de situação vacinal. O ambulatório de terceira etapa apresenta documento próprio (Anexo A) utilizado para registro da equipe do seguimento do bebê. A alta da terceira etapa ocorre quando o bebê apresenta um peso mínimo de 2500g (Informação verbal)¹⁰.

A UN da MDV oferece agenda aberta para retorno, porém na necessidade de reinternação a criança é encaminhada para o hospital infantil da cidade, o qual ainda não realiza o MC na íntegra. Este acordo foi feito, uma vez que a MDV apresenta uma grande demanda de leitos e

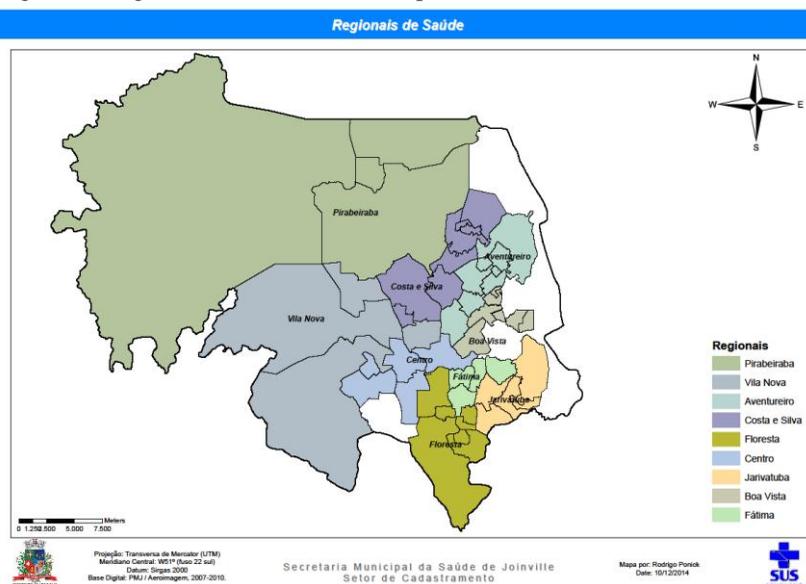
¹⁰ Informações fornecidas verbalmente em 2014 por profissionais da MDV que estavam envolvidos no desenvolvimento da implantação do MC.

superlotação da UN, não podendo garantir assim a reinternação na própria instituição (Informação verbal)¹⁰.

A maternidade ainda oferece o serviço de seguimento através do ambulatório de prematuridade, sendo que os bebês de risco, pré-termos e/ou de baixo peso egressos da referida UN são encaminhados para a primeira consulta com 30 dias após a alta hospitalar. A disponibilidade do atendimento multiprofissional favorece a busca ativa e realização de VD sempre que necessário, garantindo um cuidado mais próximo (Informação verbal)¹⁰.

No âmbito da AB, Joinville contempla 57 UBS, sendo que destas, 31 possuem equipes completas de ESF (41,74%) (JOINVILLE, 2014). Estas unidades estão distribuídas em nove regionais, conforme apresentado na figura a seguir:

Figura 1 - Regionais de Saúde do Município de Joinville/SC, 2014.



Fonte: Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Joinville/ SC, 2014

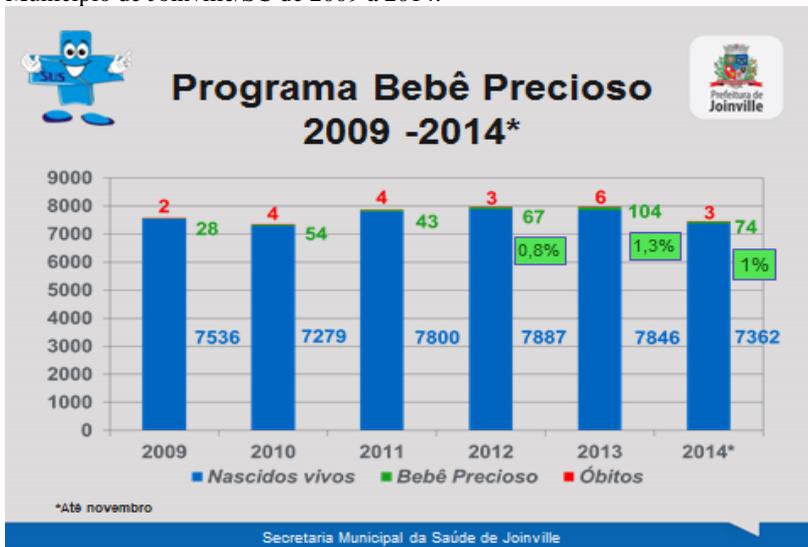
O município de Joinville conta com um importante projeto realizado pela prefeitura municipal, denominado “Estratégia de vigilância à criança em condições de risco – Programa Bebê Precioso” (Anexo B), implementado em 2009, com objetivo de reduzir a mortalidade infantil e atender de modo integral a criança de risco de 0 a 11 meses e 29 dias, egressas da UN (JOINVILLE, 2011).

São incluídas nesse projeto crianças de até 11 meses e 29 dias, provenientes de UN, que apresentaram ao menos uma das seguintes condições: **asfixia perinatal:** apgar ≤ 4 no 5º minuto; clínica ou alteração laboratorial compatível com síndrome hipóxico-isquêmica; parada cardiorrespiratória documentada, com necessidade de reanimação e medicação; apnéias repetidas; **pré-termo:** com peso de nascimento $\leq 1500\text{g}$ ou com IG ≤ 33 semanas; **problemas neurológicos:** alterações tônicas, irritabilidade, choro persistente, abalos; convulsão e/ou uso de anticonvulsivos; hemorragia intracraniana; meningite neonatal; crescimento anormal do perímetro cefálico; **hiperbilirrubinemia** (com níveis para exsanguineotransfusão); **policitemia sintomática/hiperviscosidade;** **hipoglicemia sintomática** e que requer tratamento prolongado por mais de cinco dias; **uso de ventilação mecânica com sequelas pulmonares;** **infecções congênicas** (citomegalovírus, herpes, rubéola, toxoplasmose, neurosífilis); **malformações congênicas e síndromes genéticas graves;** e **erros inatos do metabolismo** (JOINVILLE, 2011).

O programa propõe identificar precocemente as crianças de risco, e a partir disto garantir a continuidade do cuidado através da referência e contrarreferência entre o hospital de origem do bebê com a sua UBS de referência. Para os casos de evolução não satisfatória (crianças de risco que necessitem cuidados especiais ou apresentem atraso ou dificuldade para o desenvolvimento), é preconizado que seja realizada uma Visita Hospitalar pela equipe da AB. Para que isto ocorra, a UN deve encaminhar ao Núcleo de Apoio Técnico da Saúde da Criança o formulário de solicitação de cuidados para o Bebê Precioso, previamente a alta hospitalar. O objetivo desta ação está em acolher a família, apresentar à equipe da AB o quadro clínico do bebê e garantir consulta após a alta na UBS de referência em até cinco dias da alta hospitalar. São programadas ainda VD para acompanhar estas crianças em situação de risco, bem como a realização de busca ativa, para a garantia da continuidade do cuidado, sendo priorizado o atendimento e agendamento de consultas para estes bebês (JOINVILLE, 2011).

Embora o programa seja estendido para todos os bebês de risco nascidos em Joinville, a maioria é proveniente da MDV. A figura a seguir indica o número de nascidos vivos entre os anos de 2009 a 2014, bebês preciosos e óbitos.

Figura 2 – Número de nascimentos, Bebês Preciosos atendidos e óbitos no Município de Joinville/SC de 2009 a 2014.



Fonte: Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Joinville/ SC, 2014

O Programa Bebê Precioso é uma iniciativa que favorece o que está sendo proposto atualmente pelo MS no que diz respeito ao MC: comunicação e contrarreferência entre o hospital e a AB.

A partir do Programa Bebê Precioso foi possível reduzir o coeficiente de mortalidade infantil da cidade, que era de 10,1 mortes de RN para cada mil nascimentos em 2008 para 7,4 em 2012, sendo que a média nacional é de 15,7 mortes por mil nascimentos (JOINVILLE, 2013b).

A seleção das UBS a serem visitadas para a realização da coleta de dados ocorreu a partir de uma reunião com a coordenadora do programa, que identificou entre as 57 UBS do município um total de 29 UBS que haviam atendido “Bebês Preciosos” nos anos de 2013 e 2014. Destas, foram visitadas 15 UBS para a realização da pesquisa, buscando atender a maioria das nove regionais, conforme apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 2 – UBS visitadas por Regional de Saúde

Regional	CS e modelo
Aventureiro	Saguaçu (Rede); Santa Bárbara (ESF).
Centro	Morro do Meio (ESF).

(continua na próxima página)

Comasa	Jd Iriirú
Costa e Silva	Costa e Silva (EACS); Bom Retiro (EACS); Jd Paraíso IV (ESF).
Fátima	Fátima (EACS); Petrópolis (EACS); Adhemar Garcia (EACS).
Floresta	Boehmerwaldt II (ESF).
Jarivatuba	Jarivatuba (EACS); Estevão de Matos (ESF); Paranaguamirin (ESF).
Vila Nova	Vila Nova (EACS).
Pirabeiraba	

* EACS: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

Fonte: Informações retiradas do site da Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville/SC (JOINVILLE, 2014).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram os profissionais das equipes de saúde da AB (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) que atendem ou atenderam bebês nascidos pré-termos e/ou de baixo peso, referenciados pelo Programa Bebê Precioso.

Os critérios para a inclusão dos participantes do estudo foram: ser profissional membro da equipe de saúde da AB há no mínimo seis meses, efetivo ou contratado, que tenha atendido bebês pré-termos e/ou de baixo peso ao nascer referenciados pelo Programa Bebê Precioso. A seleção destes critérios de inclusão justifica-se devido o grande número de contratações existentes na prefeitura, o que poderia resultar em perda de dados importantes destes profissionais, que embora não sejam efetivos, atendem igualmente esta população. O período mínimo de seis meses foi escolhido devido a recente contratação de novos profissionais por concurso, considerando que este período é suficiente para o conhecimento do programa e envolvimento em suas atividades propostas. Foram excluídos do estudo os profissionais afastados da assistência, em férias ou licença, e que estiveram afastados do serviço nos últimos seis meses.

Por se tratar de pesquisa qualitativa, o número de participantes não exerce influência para a fidedignidade dos dados. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais está na sua representatividade e a qualidade das informações deles obtidas, não na quantidade final de seus elementos. Sendo assim, a coleta foi finalizada quando ocorreu a saturação dos dados, ou seja, quando os novos dados obtidos

mostraram-se repetidos ou redundantes e as informações obtidas eram suficientes para atender aos objetivos do estudo. (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Assim, participaram desta pesquisa 31 profissionais de saúde da AB, sendo estes 14 enfermeiros, nove médicos (seis médicos da saúde da família e três pediatras) e oito técnicos de enfermagem, conforme caracterização apresentada na tabela que segue.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo, Joinville/SC, 2014.

	Enfermeiro	Médico	Técnico de Enfermagem	Todos
Categoria Profissional	14 enfermeiros	06 médicos de Família 03 médicos pediatras	08 técnicos de enfermagem	31 profissionais
Pertence a ESF?	08 Sim 06 Não	06 Sim 03 Não	06 Sim 02 Não	20 Sim (64,5 %) 11 Não (35,5 %)
Sexo	13 Feminino 01 Masculino	07 Feminino 02 Masculino	08 Feminino 00 Masculino	28 Feminino 03 Masculino
Idade	27 a 52 anos	29 a 60 anos	33 a 58 anos	27 a 60 anos
Tempo de formado	02 a 30 anos	04 a 36 anos	06 a 28 anos	02 a 36 anos
Tempo de atuação na atenção básica	10 meses a 27 anos	01 a 18 anos	08 meses a 10 anos	08 meses a 27 anos
Possui outro vínculo?	02 Sim 12 Não	05 Sim 04 Não	02 Sim 06 Não	09 Sim (29%) 22 Não (71%)
Possui especialização ?	13 Sim 01 Não	08 Sim 01 Não	01 Sim 07 Não	22 Sim (71%) 09 Não (29%)
Participou da capacitação da estratégia amamenta alimenta Brasil?	07 Sim 07 Não	02 Sim 07 Não	04 Sim 04 Não	13 Sim (42 %) 18 Não (58%)
Participou de capacitações em serviço sobre puericultura?	07 Sim 07 Não	03 Sim 06 Não	04 Sim 04 Não	14 Sim (45,2 %) 17 Não (54,8 %)

Fonte: Elaborada pela autora.

3.4 PROCEDIMENTOS

No decorrer da elaboração do projeto de pesquisa foram vivenciadas algumas situações que necessitaram serem contornadas. Logo de início, houve a mudança de cidade da pesquisadora principal sendo adaptado o estudo, inicialmente planejado para ser realizado no município de Florianópolis, para o município de Joinville. A autorização para a realização da pesquisa pela SMS de Joinville (Anexo C) foi concedida após reuniões com os representantes da AB da cidade e coordenadora do Programa Bebê Precioso, sendo adaptados alguns objetivos do estudo, que inicialmente vertiam para o atendimento ao bebê egresso da terceira etapa do MC na AB. Reconhecendo que a participação da AB no MC ainda não está devidamente formalizada, optou-se por estudar o seguimento das crianças egressas da UN. Por se tratar de bebês pré-termos e/ou de baixo peso, contudo, questões sobre o MC emergiram na realização das entrevistas. Com relação aos prazos para o início da coleta de dados, houve ainda o atraso da avaliação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo D) devido a greve dos servidores da UFSC.

Para a entrada no campo, foi enviado um e-mail às coordenações das UBS a serem visitadas (Apêndice A), apresentando a pesquisa e solicitando a divulgação às equipes de saúde. Foi firmado o compromisso da pesquisadora junto à SMS e os participantes do estudo para apresentar ao campo os resultados finais obtidos.

3.5 COLETA DE DADOS

Considerando-se os objetivos do estudo, a técnica para a coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada. De acordo com Minayo (2010), a entrevista possibilita a interação direta entre o pesquisador e o participante da pesquisa.

Nas entrevistas semiestruturadas, utiliza-se um roteiro pré-estabelecido como guia de tópicos, o que favorece para que os participantes falem sobre todas as temáticas que se pretende abordar (POLIT; BECK, 2011).

Foi utilizado um roteiro-guia (Apêndice B), no qual a primeira parte possibilitava uma caracterização do participante, e a segunda parte era composta por perguntas que orientaram a entrevista.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2014; o convite e agendamento para a realização das entrevistas foi realizado pessoalmente pela pesquisadora principal, sendo apresentados

os objetivos do estudo e aspectos éticos. As entrevistas foram agendadas conforme escolha de horário e local pelo participante, respeitando sua disponibilidade, buscando interferir minimamente em seu trabalho.

Para os casos de necessidade de reagendamento (quando na data agendada o profissional não se encontrava disponível para a realização da entrevista por motivos de demanda da unidade ou outras particularidades) foi realizada uma tentativa extra de entrevista, considerando o expressivo número de UBS a visitar. Foi excluído um participante, que mesmo após a tentativa extra não se mostrou disponível para a realização da entrevista.

Houve o cuidado de se realizar as entrevistas em um ambiente reservado, calmo, sem influências externas, na própria UBS. As entrevistas foram em sua maioria gravadas, mediante autorização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), e transcritas pela própria pesquisadora. Em três entrevistas, os participantes recusaram-se de serem gravados, sendo respeitado os seus direitos e realizado o registro dos dados logo em seguida, para assegurar a originalidade dos referidos dados. A duração das entrevistas variou de 08 a 35 minutos.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a interpretação dos dados da pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo do tipo categorial temática proposta por Bardin (2011). Esta proposta tem como foco principal a exploração das opiniões e representações sociais sobre o tema investigado (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. O autor propõe que tudo o que é dito ou escrito é passível a uma análise de conteúdo (BARDIN, 2010).

Laurence Bardin (2011) aplicou as técnicas de Análise de Conteúdo na investigação psicossociológica e nos estudos das comunicações de massas. A técnica é organizada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase é a **pré-análise**, momento em que se organizam os dados a serem analisados, sistematizando as ideias iniciais. É realizada por quatro etapas: leitura flutuante (aproximação e conhecimento dos dados coletados); escolha dos documentos (demarcação do que será analisado); formulação das hipóteses e dos objetivos; referenciação dos índices e elaboração de indicadores

(BARDIN, 2011). Nesta etapa foram realizadas as transcrições das entrevistas e organizado o material obtido a fim de se ter uma visão geral do todo, para posterior análise em profundidade. Para isso, é necessária uma abstração do pesquisador para que se deixe invadir pelas impressões (BARDIN, 2011).

Foi elaborado o *corpus*, que segundo Bardin (2011) é o conjunto dos documentos obtidos. O corpus foi construído a partir de um compilado de todas as 31 entrevistas, conforme as regras da exaustividade, em seguida foi realizado um primeiro filtro destes dados, agrupando os materiais conforme a regra da representatividade. Foram respeitadas ainda a regra da homogeneidade, de modo que os dados não apresentem demasiada singularidade e a regra da pertinência, considerando os verbatins relevantes para responder os questionamentos do estudo (BARDIN, 2011).

A segunda fase trata da **exploração do material ou codificação**, que consiste na definição de categorias através da codificação e a identificação das unidades de registro (significação). Esta é a etapa da descrição analítica, da codificação, classificação e a categorização (BARDIN, 2011). Nesta fase o material transcrito foi lido exaustivamente, para apreensão e saturação dos dados contidos nas falas. As categorizações foram feitas manualmente, por agrupamento dos temas que emergiram.

A terceira fase compreende o tratamento dos resultados, **inferência e interpretação**, quando ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, identificando interpretações inferenciais, sendo necessária a análise reflexiva e crítica sob a luz do referencial teórico (BARDIN, 2011).

3.7 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo seguiu a normatização das atividades de pesquisa e intervenções com os seres humanos, obedecendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e segundo os princípios da bioética, de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013d). O projeto de pesquisa foi submetido à plataforma Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/SC sob o número de parecer consubstanciado 767.502, de 27 de agosto de 2014 (Anexo D).

Os participantes do estudo foram incluídos na pesquisa após a autorização formal mediante a assinatura do TCLE (Apêndice C), sendo antes disto informados da natureza do presente estudo e esclarecido

eventuais dúvidas. Foi esclarecido o direito de desistência da pesquisa a qualquer momento, sem que isto acarretasse prejuízo aos participantes. Para a tabulação dos dados os participantes foram identificados pelas letras “E” para Enfermeiros, “M” para Médicos e “T” para Técnicos em Enfermagem, garantindo o anonimato.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões desta dissertação são apresentados na forma de manuscritos, conforme a Instrução Normativa nº 10/PEN/2011, que determina os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A pesquisa de campo resultou em dois manuscritos: O Manuscrito I intitulado “Seguimento do bebê na atenção básica: interfaces com a terceira etapa do Método Canguru” e o Manuscrito II intitulado “Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da atenção básica”.

4.1 MANUSCRITO I – SEGUIMENTO DO BEBÊ NA ATENÇÃO BÁSICA: INTERFACES COM A TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU

SEGUIMENTO DO BEBÊ NA ATENÇÃO BÁSICA: INTERFACES COM A TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU

MONITORING THE BABY IN PRIMARY BASIC CARE: INTERFACES WITH THE THIRD STAGE OF KANGAROO METHOD

SEGUIMIENTO DEL BEBÉ EN LA ATENCIÓN BÁSICA: INTERFACES CON LA TERCERA ETAPA DEL MÉTODO CANGURO

Luana Cláudia dos Passos Aires¹¹
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos¹²

¹¹ Enfermeira especialista em Enfermagem Neonatal. Mestranda em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Integrante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). Enfermeira assistencial da Unidade Neonatal da Maternidade Darcy Vargas (MDV). E-mail: luana_aires08@hotmail.com

RESUMO: Pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada nas Unidades Básicas de Saúde do município de Joinville, Santa Catarina, que objetivou conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família, e a interface com a terceira etapa do Método Canguru. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, de setembro a outubro de 2014, com 31 profissionais de saúde da Atenção Básica. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo do tipo categorial temática proposta por Bardin, emergindo três categorias: Organização do seguimento na Atenção Básica; O enigmático bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua puericultura na Atenção Básica; As interfaces da terceira etapa do Método Canguru com a Atenção Básica. Os resultados mostram que o cuidado ao bebê pré-termo na Atenção Básica ainda é centrado no modelo biomédico, devendo ser incentivadas ações de promoção à saúde. A participação da Atenção Básica no Método Canguru ainda é tímida e o cuidado ao bebê pré-termo é permeado de insegurança, sendo necessários maiores investimentos na Atenção Básica neste aspecto.

Descritores: Cuidado da Criança. Atenção Primária à Saúde. Método canguru. Prematuro.

ABSTRACT: An exploratory and descriptive study, with a qualitative approach performed at the Basic Health Units in the city of Joinville, Santa Catarina. The study is aimed at knowing the perceptions of professional in the Primary Health Care and their participation in caring for pre-term baby and/or with low birth weight and their families, and their interfaces with the Third Stage of Kangaroo Method. The data were collected through semi-structured interviews, from September to October 2014, with 31 health professionals of the Primary Health Care. Was used the technique of thematic content analysis proposed by Bardin, emerging three categories: organization of the monitoring in the Primary Health Care; the enigmatic pre-term baby and/or with low birthweight and the childcare in the Primary Health Care; the interfaces of the third stage of the Kangaroo Method with the Primary Health Care. The results show that the care of pre-term babies in the Primary Health

¹² Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder e pesquisadora do GRUPESMUR. E-mail: gregos@matrix.com.br

Careis still focused on the biomedical model and should be implement health promotion activities. Primary Health Care's participation in the Kangaroo Method is still timid and the care of the pre-term baby is permeated by insecurities, facts that must increase the investment in Primary Health Care.

Descriptors: Child Care. Primary Health. Kangaroo-Mother Care Method. Infant, Premature.

RESUMEN: Investigación exploratoria-descriptiva, con abordaje cualitativa, realizada en las Unidades Básicas de Salud del municipio de Joinville, Santa Catarina, que objetivó conocer las percepciones de los profesionales de salud de la Atención Básica sobre su participación en el cuidado al bebé pre-término y/o de bajo peso y a su familia, y su interface con la Tercera Etapa del Método Canguro. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas, de septiembre a octubre de 2014, con 31 profesionales de salud de la Atención Básicas. Se utilizó la técnica de Análisis de Contenido del tipo categorial temático propuesto por Bardin, emergiendo tres categorías: Organización del seguimiento en la Atención Básico; el enigmático bebé pre-término y/o de bajo peso al nacer y su puericultura en la Atención Básica; las interfases de la tercera etapa del Método Canguro con la Atención Básica. Los resultados muestran que el cuidado al bebé pre-término en la Atención Básica aún está centrado en el modelo biomédico, debiendo ser incentivadas acciones de promoción de salud. La participación de la Atención Básica en el Método Canguro aún es tímida y el cuidado al bebé pre-término está permeado de inseguridad, siendo necesarios mayores inversiones en la Atención Básica. pre-término está permeado de inseguridad, siendo necesarios mayores inversiones en la AB.

Descritores: Cuidado del Niño. Atención Primaria de Salud. Método Madre-Canguro. Prematuro.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um problema de saúde pública no cenário mundial. Anualmente nascem 15 milhões de bebês pré-termos no mundo, uma incidência aproximada de um a cada dez nascimentos (MARCH OF DIMES et al., 2012). A preocupação com esta temática deve-se aos altos índices de morbimortalidade neonatal, já que mundialmente por ano mais de um milhão destes Recém-Nascidos (RN) morrem dias após o parto (MARCH OF DIMES et al., 2012).

Com a proposta de humanizar o atendimento ao RN hospitalizado de modo à atender as demandas para o cuidado desenvolvimental do bebê pré-termo e/ou de baixo peso, surge no Brasil em 1999 a “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (NAHRNBP) – Método Canguru” (BRASIL, 2013a). O Método Mãe Canguru, idealizado originalmente na Colômbia no ano de 1979, tinha como objetivo reduzir os custos da assistência neonatal. No Brasil, o método é formalizado enquanto Política Pública de Saúde brasileira, tendo sua nomenclatura adaptada no país para Método Canguru (MC), por compreender que se trata de uma ação que não atinge apenas o binômio mãe/filho, mas todo seu núcleo familiar. Na realidade brasileira o método objetiva principalmente humanizar e qualificar o atendimento neonatal, favorecendo o vínculo familiar (BRASIL, 2013a). E é a partir da perspectiva de cuidado de Boff (1999); que compreende cuidado/cuidar como uma atitude essencial ao ser humano, um modo de ser-no-mundo, que está fundamentada a atenção ao neonato e sua família dentro da proposta MC (LAMY, 2005).

O método, dentre várias ações que o integram, é reconhecido pelo contato pele a pele precoce, oferecido pela “Posição Canguru”. É realizado em três etapas, sendo a primeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), a segunda na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) e a terceira após a alta hospitalar, no domicílio (BRASIL, 2013a).

A terceira etapa do MC consiste no acompanhamento da criança após a alta hospitalar no ambulatório ou no domicílio. O MS propõe a participação da AB em conjunto com o hospital nesta etapa, através da atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Visita Domiciliar (VD) (BRASIL, 2013a).

No entanto, sabe-se que a articulação dos cuidados entre os diversos níveis de saúde ainda é tímida, sendo o seguimento destes bebês realizado quase que predominantemente em nível hospitalar (VASCONCELOS et al., 2012; COSTA et al., 2011; CUSTÓDIO et al., 2013). Os estudos indicam a necessidade de investir na AB para o atendimento dos bebês pré-termo e /ou de baixo peso (BUCCINI et al., 2011; CUSTÓDIO et al., 2013).

Considerando a fragilidade literária sobre a participação da AB no cuidado ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso, e a necessidade de identificar suas limitações e suas potencialidades neste contexto, emergiu a seguinte questão norteadora: Quais as percepções dos profissionais das equipes de saúde da Atenção Básica acerca de sua

participação no seguimento ao bebê pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso egresso da unidade neonatal e à sua família, e a interface com a terceira etapa do Método Canguru?

Em busca de respostas para a questão, foi estabelecido como objetivo do estudo: Conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família, e a interface com a terceira etapa do Método Canguru.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Joinville, localizado no norte do Estado de Santa Catarina (SC). A cidade dispõe de 57 UBS distribuídas em nove regionais de saúde (JOINVILLE, 2014).

O município desenvolve, desde o ano de 2009, o projeto denominado “Estratégia de vigilância à criança em condições de risco – Programa Bebê Precioso”, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e atender de modo integral às crianças de risco de 0 a 11 meses e 29 dias, egressas da Unidade Neonatal (UN) (JOINVILLE, 2011).

No que diz respeito à assistência materna e neonatal de nível terciário, o município estudado conta com a Maternidade Darcy Vargas (MDV), que no ano de 2013 alcançou o título de referência estadual para o MC. Vinculada à Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), possui 10 leitos de UTIN, 25 leitos de UCINCo e três leitos de UCINCa, sendo a principal instituição hospitalar relacionada ao Programa Bebê Precioso.

Foram incluídos como participantes do estudo profissionais das equipes de saúde da AB (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), que estivessem atuando na AB há no mínimo seis meses, efetivo ou contratado e que tivessem atendido bebês pré-termo e/ou de baixo peso referenciados pelo Programa Bebê Precioso.

Como critérios de exclusão adotou-se os seguintes: profissionais afastados da assistência, em férias ou licença, e que estiveram afastados do serviço nos últimos seis meses. O número de participantes foi definido pela saturação de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada a partir de um roteiro-guia. O agendamento para a realização das entrevistas foi conforme escolha

de horário e local pelo participante, sendo o convite para a participação no estudo realizado pessoalmente. Para os casos de necessidade de reagendamento, quando na data agendada o profissional não se encontrava disponível para a realização da entrevista por motivos de demanda da unidade ou outras particularidades, foi realizada uma tentativa extra de entrevista. Foi excluído um participante, que mesmo após a tentativa extra não se mostrou disponível para a realização da entrevista.

Das 29 UBS que haviam atendido “Bebês Preciosos” nos anos de 2013 e 2014, identificadas pela coordenadora do programa, foram visitadas 15 UBS para a realização da coleta dos dados, buscando atender a maioria das nove regionais de saúde. As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, calmo e com o mínimo de influências externas, sendo gravadas e transcritas pela pesquisadora principal. Em três entrevistas os participantes recusaram-se de serem gravados, sendo respeitado os seus direitos e realizado o registro dos dados logo em seguida, para assegurar a originalidade dos dados. A duração das entrevistas variou de 08 a 35 minutos.

Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo do tipo categorial temática proposta por Bardin (2011), seguindo-se as etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados – inferência e interpretação. Esta proposta tem como foco principal a exploração das opiniões e representações sociais sobre o tema investigado (BARDIN, 2011). Na fase de pré-análise, após a transcrição das entrevistas foi realizada a leitura flutuante do corpus de análise e a formulação das hipóteses. Na fase da exploração do material ou codificação, foi realizada a categorização dos dados obtidos, a partir da leitura exaustiva e saturação dos mesmos nas falas. Por fim, na fase de inferência e interpretação, as informações obtidas foram analisadas reflexiva e criticamente sob a luz do referencial teórico (BARDIN, 2011), que neste estudo foram as Políticas Públicas de Saúde.

O estudo seguiu a normatização das atividades de pesquisa e intervenções com os seres humanos, obedecendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013b), como a inclusão dos participantes do estudo após a autorização formal mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo antes disto informados da natureza do presente estudo e esclarecido eventuais dúvidas. Foi garantido o direito de desistência da pesquisa a qualquer momento e assegurado o anonimato, sendo os participantes identificados pelas letras “E” para Enfermeiros, “M” para Médicos e “T” para

Técnicos em Enfermagem. O projeto de pesquisa foi submetido à plataforma Brasil, sendo aprovado Pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/SC sob o número de parecer substanciado 767.502, de 27 de agosto de 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 31 profissionais da AB, sendo estes 14 enfermeiros, nove médicos (seis médicos da saúde da família e três pediatras) e oito técnicos de enfermagem. A maioria dos profissionais era do sexo feminino, sendo que a faixa etária variou entre 27 a 60 anos. Fazem parte da ESF 64,5 % dos participantes, sendo que o tempo de atuação na AB variou de oito meses a 27 anos e o tempo de formado de dois a 36 anos. Dos participantes entrevistados, 29% possuíam outro vínculo empregatício, sendo mais expressivo esse número na categoria médica.

A partir da análise das entrevistas realizadas, emergiram três categorias: Organização do seguimento na Atenção Básica; O enigmático bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família na Atenção Básica; As interfaces da terceira etapa do Método Canguru com a Atenção Básica.

CATEGORIA 1 – Organização do seguimento na Atenção Básica

Na realidade estudada, as opiniões dos profissionais de saúde divergiram quanto ao intervalo de consultas proposto pelo Ministério da Saúde (MS) para o acompanhamento da criança na AB. A principal preocupação destes profissionais com relação ao intervalo das consultas está relacionada a alimentação do bebê. É importante destacar que independente do cronograma adotado, os programas de puericultura garantem às equipes de saúde autonomia para realizar alterações nas frequências das consultas, de acordo com as necessidades de cada criança (BRASIL, 2004, 2012a; SILVEIRA, 2006). Os profissionais entrevistados mostraram-se preocupados com a qualidade e duração das consultas, de forma a suprir as necessidades de orientações às famílias, principalmente quando trata-se de um paciente pré-termo. Neste aspecto, o MS possibilita a flexibilidade de agenda, principalmente para primeira consulta, reservando dois horários de consultas normais, garantindo mais tempo do profissional com a família para que sejam feitas orientações e sanadas eventuais dúvidas referentes ao cuidado no domicílio (BRASIL, 2012a).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), todo programa de seguimento de criança de alto risco deve iniciar durante a internação hospitalar, através de atuação multiprofissional. Deve ser de caráter complementar a puericultura, uma vez que não permite um acompanhamento mais frequente e próximo. No que diz respeito ao acompanhamento do RN de risco, o MS e a SBP preconizam que o seguimento ocorra a partir de consultas mensais no primeiro semestre, consultas bimestrais ou trimestrais do 6º ao 12º mês e consultas trimestrais do 13º ao 24º mês (BRASIL, 2011; SILVEIRA, 2012).

O Programa Bebê Precioso propõe que bebês de risco, dentre eles pré-termos com peso de nascimento $\leq 1500\text{g}$ ou com IG ≤ 33 semanas, sejam identificados em sua Declaração de Nascido Vivo (DNV) com um carimbo cuja marcação sinaliza “carinha vermelha”, indicando que a consulta após a alta deve ser realizada pela equipe da AB em até cinco dias úteis. O intervalo de consultas recomendado pelo programa são mensais no primeiro ano de vida, no 15º, 18º e 24º mês (JOINVILLE, 2011).

O MS brasileiro recomenda que o acompanhamento de puericultura ao bebê seja organizado de maneira sistematizada, com consultas espaçadas até atingir dois anos de idade, sendo estas assim distribuídas: uma na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês e 24º mês. Segundo o MS é adotado este intervalo devido o consenso na literatura e por incluir as faixas etárias que contemplam o maior número de imunizações do lactente, bem como serem as fases que demandam maiores orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2004, 2012a; SILVEIRA, 2006).

As datas de consultas propostas pelo Ministério da Saúde eu acho que atrapalha um pouco, não podemos ter nada engessado, tem que haver flexibilidade. Por exemplo em relação ao desmame, que a consulta é com seis meses, depois só vou atender com nove meses. Depois do desmame eu tenho que acompanhar essa introdução de alimentos. O que a mãe está dando em casa para essa criança? Quem está do lado da mãe é que vai fazer a diferença, e se não formos nós e for uma pessoa pouco orientada? (E14).

A puericultura é para acompanhar o crescimento e desenvolvimento do bebê saudável. Se numa das consultas a gente observa atraso no

desenvolvimento, a gente antecipa o retorno. A mesma coisa para orientação da alimentação, até os seis meses a criança deve ficar só no peito mesmo né, daí com seis meses a gente vai dar uma boa orientação, geralmente temos folders e panfletos sobre a alimentação, da transição alimentar, então a mãe consegue seguir bem por ali. Normalmente ela vai introduzir fruta, leva quase um mês para introduzir só fruta, daí ela vai introduzir a papa salgada, vai ficar um mês introduzindo papa salgada só no almoço. Já foram quase dois meses aí né. Daí quando ela vir ela vai poder contar para a gente como a criança se comportou (E6).

São muitas dúvidas. Não adianta a gente fazer uma consulta corrida e daqui dois dias a mãe estar dando leite de vaca né!? Eu gosto também de mostrar no gráfico “olha mãe, está crescendo, está evoluindo! O aleitamento está dando certo!” (M02).

Observou-se que a maioria dos profissionais da AB concordam com a atual proposta do MS de articular as consultas entre médico e enfermeiro. Eles acreditam que cada profissional apresenta um olhar diferenciado, que se complementa em um trabalho em equipe. Foi destacada também a importância da consulta intercalada com o objetivo de atender a expressiva demanda da unidade. O atendimento multiprofissional é diferenciado, rico em informações, e a troca de saberes beneficia o usuário. A adequada comunicação das equipes na realidade pesquisada favorece esse modelo, sendo realizadas interconsultas sempre que necessário. Foi reforçada a necessidade de qualificação profissional para este atendimento, apontando que a puericultura intercalada não deve ser algo imposto, mas planejado e com treinamento.

Estes dados se opõem aos resultados de outros estudos, que identificaram fragilidades na comunicação e relação entre os profissionais da AB (VIEIRA et al., 2012; GAIVA, DIAS, SIQUEIRAS, 2012). Estudo sobre as consultas de puericultura realizada pelo enfermeiro identificou despreparo e in experiência desses profissionais para o acompanhamento da criança, reforçando a necessidade de capacitação por meio da educação permanente (VIEIRA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013). É importante que os profissionais

de saúde trabalhem em equipe e estejam preparados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças (COSTA et al., 2012; TRONCO et al., 2010; BRASIL, 2011; JOINVILLE, 2011).

Acho ótima essa dinâmica, até porque a visão do enfermeiro é diferente do médico, de qualquer maneira, eu acho que sempre a alternância de profissionais é bom. E a gente está em contato constante, se ela (enfermeira) tiver dúvida me procura, se eu tiver dúvida procuro ela também (M06).

Em situação normal, intercalar essas consultas é interessante, pois a gente trabalha com uma população que infelizmente está acima do ideal (M07).

É interessante intercalar as consultas desde que o profissional se sinta seguro para realizar a puericultura. Não adianta você colocar um profissional que não se sinta preparado para atender. Pois uma coisa é você fazer puericultura e acompanhar crescimento e desenvolvimento, outra coisa é você identificar um problema na criança, pode passar muita coisa despercebida (E12).

Identificou-se que os enfermeiros estão perdendo espaço nas consultas de puericultura por conta da alta demanda burocrática da unidade, que também é de sua responsabilidade. O distanciamento do enfermeiro da assistência é um aspecto negativo, pois os profissionais que contam com um serviço multiprofissional de ESF referem acreditar que o enfermeiro tem uma visão global diferenciada do paciente, que se distancia do modelo biomédico, focado na doença. Destaca-se a função do enfermeiro como promotor da saúde, realizando orientações e ampliando o vínculo com o usuário (COSTA et al., 2012; VIEIRA et al., 2012; MARTINIANO et al., 2013).

Eu me culpo muito quando vejo um novo bebê precioso “meu Deus, mais um, não vou conseguir acompanhar.” Hoje em dia não consigo mesmo. O suporte que dou é burocrático, garanto as consultas, dou meu telefone para se precisarem fazer contato. É muita coisa para a gente dar

conta. Eu brinco que cada programa acha que o seu é mais importante que o do outro, tudo é prioridade. [...] então, qual é a nossa prioridade realmente? A gente tem que fazer o que tem prazo para entregar. Estamos sufocados em prazos, prazos e prazos, cobrança, e fica sempre para mim e meus colegas aquela “dorzinha” no coração por não poder dar a assistência que gostaria (E12).

O médico sempre me chama para reforçar orientações, até mesmo as mães pedem. A gente (enfermeiro) trabalha muito com orientação. Apesar que esse médico que trabalha comigo faz bastante orientações, mas eu já trabalhei com colegas médicos que eram muito focados na doença. Mas como as mães tem um vínculo com a gente, elas questionam, às vezes até no corredor. Tanto comigo como quanto com as técnicas de enfermagem (E11).

A falta de Equipes de ESF, que na realidade estudada a cobertura é de 41,74%, vem resultando em consultas de puericultura muitas vezes exclusivas do pediatra nas UBS de rede, sem ESF. As opiniões sobre a necessidade de encaminhar o bebê pré-termo e/ou de baixo peso ao especialista foram controversas. Há profissionais que encaminham todos estes pacientes para o pediatra, e há os que encaminham apenas nas reais necessidades. Alguns acreditam que o pediatra confere maior segurança para o atendimento destes bebês, além de transferir confiança aos pais. Talvez essa relação usuário versus profissional de saúde da AB seria fortalecida com a ampliação das equipes de ESF.

O modelo de assistência observado contraria a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual recomenda que os encaminhamentos para as especialidades do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) sejam regulados pelas equipes da AB a partir das demandas identificadas, e não rotineiramente. E mesmo para os casos em que a criança for referenciada para o pediatra deve ser mantido o acompanhamento de puericultura com a ESF, preferencialmente (BRASIL, 2012a, 2012b; JOINVILLE, 2013; RIVOREDO; OLIVEIRA; MENDES, 2011).

A falta de um contato mais próximo entre a família e a equipe faz com que a família apresente insegurança para realizar o acompanhamento do seu filho pré-termo na AB (VIERA; MELLO,

2009). Estudo que avaliou a implantação da ESF em uma comunidade identificou maior vínculo dos usuários com os profissionais e resolutividade das demandas (GAIVA; DIAS; SIQUEIRAS, 2012).

Percebo que os pais preferem que seus filhos sejam atendidos por pediatra, tanto que muitos vêm de outros bairros para consultar aqui. Eles têm mais segurança nesse profissional. Eu acho que toda unidade deveria ter no mínimo um clínico e um pediatra, pois tem diferenciação no atendimento. Nem sempre um clínico consegue identificar em uma criança algumas particularidades que às vezes até para o pediatra é difícil. E o pediatra tem um olhar mais específico (T04).

A gente costuma dar preferência pelo médico e enfermeiro da família, de zero a dois anos saudável, de acordo com o caderno do MS, intercalando. Encaminha para o pediatra somente aqueles que tem alguma anormalidade, patologia e precisa mesmo desse atendimento com o especialista (E06).

Os dados mostram que a categoria profissional responsável pela realização da puericultura repercute na adesão ou não do segmento na UBS pela comunidade. Emergiu a dificuldade em alguns casos de manter o acompanhamento no ambulatório de prematuridade da maternidade em conjunto com o da UBS. Nestes casos, destacou-se a preocupação das UBS pela realização da busca ativa e acompanhamento da família através das VD.

A distância entre a residência e o serviço de saúde, o fato de ter outros filhos, a falta de tempo disponível e limitações financeiras da família mostraram-se como aspectos dificultadores para que os pais levem a criança para ser acompanhada nos dois níveis de atenção. Tais resultados também foram identificados em outras estudos (ARAÚJO et al., 2010; CUSTÓDIO, 2010).

Eu acho que o atendimento no posto funciona bem com a saúde da família, mas penso que esses casos de pré-termos deveriam ser atendidos pelo pediatra. Percebo que as mães vão mais no ambulatório do que aqui, mas acredito que seja por causa do pediatra, que dá mais segurança para a mãe (T01).

Na verdade, esses bebês acabam sendo acompanhados muitos na maternidade. A gente acaba fazendo a visita domiciliar para saber se eles estão fazendo o acompanhamento lá. Percebo resistência da família em manter o ambulatório e o posto, também porque assim, às vezes a mãe trabalha, ela já tem dificuldades, então ela acaba indo num lugar só, já que ela tem um atendimento lá então ela não vem aqui (M05).

Foi unânime o reconhecimento dos profissionais entrevistados sobre a importância da VD no seguimento da criança. Segundo eles, na VD é possível observar melhor as condições da família, identificar potenciais cuidadores, o tipo de suporte que a família vai precisar da UBS, questões de higiene, sinais de maus tratos, entre outros. Foi destacada a influência que esta atividade exerce em favorecer o vínculo com a comunidade e chamar a população para a UBS. A deficitária disponibilidade de carro e a sobrecarga de trabalho na UBS foram apontadas como importantes fatores de impedimento para a realização da VD, sendo necessários investimentos neste aspecto.

Segundo o MS, para as crianças que necessitam de maior acompanhamento, deve ser utilizada a VD como ferramenta complementar da puericultura. A VD se mostra como uma estratégia fortalecedora da AB, possibilitando um cuidado individualizado, além de ser um momento importante de troca de informações entre os usuários e os profissionais de saúde (BRASIL, 2012a).

Estudos sobre a atenção à criança na saúde da família destacaram que a VD apesar de ser uma tecnologia de cuidado antiga, traz resultados inovadores e se mostrou como importante instrumento para a prestação da assistência à saúde da família, pois permite uma maior aproximação ao ambiente da família, do local onde ela vive, de sua rotina diária, sua cultura, seus hábitos e seus cuidados de saúde (BORCK, SANTOS 2012; COSTA et al., 2012; COUTO; PRAÇA, 2012; GAIVA; DIAS; SIQUEIRAS, 2012; VIERA; MELLO, 2009). Através da criação do vínculo é possível estabelecer uma relação de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade (ERDMANN; SOUSA, 2009).

Eu acho essa visita muito importante, pois enquanto o enfermeiro está examinando o bebê, orientando a mãe, já está observando toda situação da casa, se tem algum risco,

vulnerabilidade, como que é a higiene, como é o cuidado daquela família com as outras crianças, como que é o relacionamento dos pais com os filhos, marido e mulher, então é importante (E06).

A visita domiciliar tem a importância também para o vínculo né. Porque as famílias ficam felizes da vida quando a gente vai lá, aí tu consegues que ela acompanhe na puericultura, é bem importante. É gratificante (E08).

Destacou-se neste processo de trabalho a preocupação da equipe para a realização do adequado acolhimento da família, visando manter o vínculo e garantir o acompanhamento adequado da criança, como o agendamento facilitado das consultas. Outra preocupação está relacionada com os fluxogramas para a garantia de atendimento com outras especialidades e continuidade do cuidado.

CATEGORIA 2 - O enigmático bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família na Atenção Básica

Nesta categoria, identificamos que o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso aparenta ainda ser um mistério para as equipes de saúde da AB. O cuidado a esta criança gera preocupação, sendo permeado de dúvidas e inseguranças. As opiniões divergem ao saber se aquele bebê necessita de cuidados especiais ou não, e se podem ser comparados com um bebê dito “normal” ou nascido a termo.

Todas as crianças egressas de UN apresentam necessidades especiais, independente do motivo da internação, uma vez que são submetidas a intervenções terapêuticas especializadas (COSTA et al., 2012; JOINVILLE, 2011).

Às vezes chega um bebê pré-termo e vem a insegurança: “e aí? O que a gente faz?” A gente trabalha com os cuidados de bebê normal, e eu acredito que deveria ser especial (E01).

O que a gente sempre orienta as mães é que a partir do momento em que o bebê teve alta é como se ele fosse um bebê termo. O cuidado vai ser de um bebê normal, não necessariamente vai precisar de um cuidado especial, depende de cada caso. [...] uma das coisas que a gente vê muitas vezes nos pais de bebê pré-termo é eles acharem

que o bebê é de vidro, que não pode fazer nada. Mas a realidade não é essa, se não ninguém teria dado alta pra esse bebê (risos) (M03).

O tipo de cuidado depende de cada caso. Tem bebês pré-termos que são mais ágeis e espertos que um bebê nascido a termo, e tem bebês a termo que precisam de mais cuidado que um bebê pré-termo. A prematuridade em si não implica em necessidade de cuidados especiais, só porque ele nasceu pequenininho. Vai depender de como ele se desenvolve (T06).

Apesar de toda ansiedade que o cuidado ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso desencadeia na equipe de saúde, a maioria dos profissionais apresentou uma boa compreensão sobre como deveria ser realizado o seu seguimento, sendo que 45,2% referiram ter recebido algum tipo de capacitação em serviço referente a puericultura. O bom desempenho dos profissionais deve-se talvez ao fato de que 71% possuíam especialização, o que demonstra o interesse por manterem-se atualizados. Foi verbalizado o desejo por se aperfeiçoarem, sendo que neste aspecto o MS recomenda que a educação permanente seja uma atividade que possibilite a atualização profissional, a partir da identificação de nós críticos (BRASIL, 2012b).

Eu gostaria que a gente tivesse um curso sobre como atender o bebê pré-termo, suas particularidades. Queria ser atualizada nestes aspectos, pois muita coisa muda e a gente acaba ficando desatualizada (T02).

Chamou a atenção das pesquisadoras o fato da maioria dos profissionais estarem cientes da necessidade de utilizar a Idade Gestacional Corrigida (IGC) do bebê para avaliar seu crescimento e desenvolvimento, bem como o uso de gráfico específico para pré-termos. Sabe-se que até atingir 40 semanas de IGC, recomenda-se utilizar as curvas de crescimento intrauterina para os bebês pré-termos, e somente após isso utilizadas as curvas de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS) (SILVEIRA, 2012).

A gente verifica o peso, observa o desenvolvimento do bebê e utiliza o gráfico para pré-termo, pois temos que dar um desconto pela idade gestacional que o bebê nasceu, se não ele vai estar sempre abaixo do esperado (T02).

A gente tem que cuidar em relação ao bebê pré-termo quanto ao cálculo do peso e o uso do gráfico específico. Eu tenho um gráfico para pré-termo, plastifiquei e ando com ele de baixo do braço (M08).

A prática do cuidado parece sofrer influência pelas áreas em que os profissionais apresentam maior afinidade, o que contraria o modelo da ESF. Emergiu ainda a ideia da diferenciação dos cuidados relacionados ao gênero, com a visão sexista de que as mulheres são mais aptas para atenderem aos bebês. No entanto, sabe-se que os homens concebem o cuidado de modo abrangente e singular, sabem se colocar no lugar do outro e cuidar de maneira empática (SILVA; BUDÓ; SILVA, 2013).

Para mim, eu tenho uma atenção maior, acho que é porque eu trabalho na área (em unidade neonatal). Então eu me identifico mais. Eu acho que quem trabalha na área tem uma visão mais detalhada. Acho que por gostar daquilo te chama mais atenção. Eu tenho uma empatia maior com os bebês (T04).

A gente estava fazendo consulta intercalada até o mês passado, porque tinha a enfermeira da tarde quando a gente se dividiu ela ficou com a parte da puericultura, até porque é uma área na qual ela tem especialização e gosta bastante. Então ela saiu e a que entrou não gosta muito de trabalhar com criança então a gente acabou voltando tudo para a pediatra (E09).

A gente tem também profissionais do sexo masculino, e homem parece assim que não é tão preparado como é a mulher. A mulher por menos que saiba, parece que isso é natural nela, e no homem não é né. Nós temos um rapaz aqui, ele é pai e tudo, mas eu penso que ele não teria muita condição de fazer orientação sobre amamentação, por exemplo (T05).

Dentre as ações que os profissionais referiram atuar no seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso constam: avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor bem como possíveis sequelas

relacionadas à prematuridade; a avaliação das medidas antropométricas com uso de gráficos adequados; suplementação de vitaminas devido a prematuridade, com a prescrição de reposição de vitaminas A e D e profilaxia com o uso do sulfato ferroso. Destaca-se a preocupação destes profissionais, sobretudo com o ganho adequado de peso, considerando que estas crianças já nascem com baixo peso e recebem alta hospitalar ainda pequenas, o que gera ansiedade aos cuidadores.

O teste do pezinho se mostrou como importante momento para avaliação global da criança. Os profissionais utilizam este momento para realizar orientações, avaliar o ganho de peso e desenvolvimento do bebê, considerando que muitas equipes não conseguem marcar a primeira consulta ou VD dentro do período preconizado.

A literatura reforça que toda criança com história de baixo peso ao nascer deve ser considerada criança de risco nutricional, devendo ser acompanhada de modo diferenciado pela equipe de saúde, principalmente no primeiro ano de vida (BRASIL, 2012a; VIEIRA et al., 2012). Conforme identificado também em outros estudos, percebe-se que a puericultura ainda é realizada no modelo medicalocêntrico, biomédico, com orientações focadas à assistência curativa e ainda frágil no que tange a promoção da saúde (COSTA et al., 2012; ERDMANN; SOUSA, 2009; MARTINIANO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013).

No dia do teste do pezinho a gente observa o umbigo, observa a criança, a mãe, pergunta se tem queixa na amamentação, a gente ajuda, olha o bico do seio, cada caso é um caso. Se a gente vê que precisa, antecipa a consulta (T06).

As principais orientações fornecidas aos familiares estão focadas nos cuidados de higiene, limpeza do coto umbilical, vacinas, medicações, uso de dieta especial como leites de alto custo, uso e fornecimento de materiais especiais como sondas, bolsa de colostomia, bomba de infusão, entre outros.

Nota-se a prática do cuidado individualizado, sendo que os profissionais fornecem orientações considerando as necessidades especiais de cada bebê, seu nível de gravidade, tempo de permanência na UN e grau de desenvolvimento. O cuidado holístico, integrado e humanizado ao RN e à sua família deve ser constante pela equipe cuidadora, sendo que o bom relacionamento favorece essa prática (BRASIL, 2004; ERDMANN; SOUSA, 2009; SANTANA et al., 2013; TRONCO et al., 2010).

Os cuidados que realizo e oriento são

individualizados, de acordo com a necessidade de cada bebê. Eu costumo instrumentalizar a mãe para que ela estimule ao máximo o desenvolvimento da criança. Se parar para pensar, não há muita diferença do que eu oriento ao bebê a termo, mas claro que para um bebê pré-termo a gente fica sempre mais atento (E13).

Ao serem questionados sobre sugestões para o cuidado do bebê pré-termo e/ou de baixo peso na AB, os profissionais referiram: Evitar o nascimento prematuro, atuando em fatores de risco e planejamento familiar; Garantir o acolhimento eficaz destes pacientes, manter a agenda aberta e preferência na marcação de consulta, bem como a garantia de especialidades; Ampliar a cobertura de ESF de modo a suprir a demanda das comunidades e realizar o agendamento das consultas sem atrasos, conforme determinam os protocolos do MS e município; Ampliar a disponibilidade de carros para a realização das VD com mais frequência; Garantir contrarreferência eficaz entre os diversos níveis de atenção, com fluxograma definido e de conhecimento de todos os profissionais, favorecendo a comunicação e troca de informações; Otimizar a notificação do nascimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso para a UBS; Realizar atualização com todos os profissionais da AB sobre o atendimento ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso e o MC; Garantir transporte das famílias carentes para as consultas bem como incluir o assistente social na ESF, para auxiliar nas demandas sociais.

O bebê pré-termo e/ou de baixo peso ainda é um mistério para os profissionais da AB, mas apesar do sentimento de insegurança os profissionais na maioria das vezes se mostraram capacitados para realizar seu atendimento corretamente.

CATEGORIA 3 - As interfaces da terceira etapa do Método Canguru com a Atenção Básica

Ao emergir a temática do MC durante a realização das entrevistas, identificou-se pouco conhecimento por parte dos profissionais de saúde da AB sobre a magnitude desta Política Pública. Três profissionais relataram total desconhecimento sobre o método, sendo que os demais apresentaram compreensão muito superficial, limitada ao contato pele a pele e manutenção de vínculo, sem reconhecer a proposta de mudança de paradigmas para o atendimento ao neonato que o método engloba.

Apenas um profissional referiu ter atendido bebê que estava em

terceira etapa do MC, porém, acredita-se que esse número deve ser maior. Não há a identificação no prontuário do paciente ou no registro do bebê precioso sobre a participação da criança na terceira etapa do MC, sendo desvalorizada essa informação no seguimento na AB e o cuidado fragmentado entre o hospital e a UBS.

A terceira etapa do MC é quando o bebê, atendendo critérios como peso mínimo de 1500g, estar clinicamente estável, com adequado ganho de peso e seus cuidadores seguros para realizar os cuidados no domicílio, recebe a alta hospitalar e passa a ser acompanhado ambulatorialmente. Segundo o MS, nesta fase são recomendadas três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana, até que o bebê atinja o peso de 2.500g (BRASIL, 2013a).

Embora o MS proponha a participação dos profissionais da AB na terceira etapa do MC (BRASIL, 2011) através de consultas e VD, esta ainda não é a realidade na maioria dos municípios brasileiros.

Lembro que logo após a alta da maternidade perguntei se ainda estava fazendo o Método Canguru e ela disse que na medida do possível com as atividades de casa dela sim. Sobre o Método Canguru eu sei pouca coisa, do tempo de faculdade. Não sei na teoria mais especificamente o que é, só sei sobre o vínculo, ficar no quentinho da mãe (E13).

Eu tive no introdutório uma capacitação sobre o que é o Método Canguru que é tipo uma aproximação da mãe com o bebê né?! Até passaram vários vídeos que deram uma noção para gente do que é. Sobre a amamentação e a troca entre mãe e bebê (T07).

A dificuldade dos profissionais da AB em dar continuidade aos cuidados Canguru e atuar na terceira etapa do MC parece estar relacionada ao limitado conhecimento dos mesmos para que se sintam seguros e aptos para tal. A frágil comunicação entre o hospital e a UBS impossibilita a continuidade do MC na atenção primária. Sendo assim, necessita-se de capacitação profissional e pactuações entre os diversos níveis de atenção à saúde para a efetivação da terceira etapa do MC também na AB.

O sucesso do MC no domicílio depende do suporte fornecido pela equipe de saúde, principalmente quando se considera a complexa

transição que ocorre no momento da alta hospitalar (ARAUJO et al., 2010; BORCK; SANTOS, 2012; CHAGAS et al., 2011; SANTANA et al., 2013). Sabe-se que as orientações da equipe multiprofissional são determinantes para a segurança familiar no cuidado domiciliar (TRONCO et al., 2010).

A gente sabe que é um método que favorece o desenvolvimento do bebê, o vínculo, afetividade, ajuda na questão do desenvolvimento da criança. Mas a gente aqui no posto não consegue ter esse cuidado, mas a gente sabe que é importante, a gente sabe o básico né [...] (E03).

Em relação a rede de apoio para os cuidados ao bebê pré-termo e /ou de baixo peso no domicílio, há os profissionais que incluem os pais e demais familiares neste processo, e há os que temem que esta participação exerça influência negativa na puericultura. A presença de uma rede de apoio sólida é determinante para a realização do MC em casa, bem como o desempenho do papel da mãe, principal cuidadora, em plenitude (ARAUJO et al., 2010; BORCK; SANTOS, 2010; BORCK; SANTOS, 2012; CHAGAS et al., 2011; TRONCO et al. 2010). O profissional de saúde deve ter sensibilidade para identificar pessoas que possam oferecer suporte à família (BRASIL, 2012a; COUTO; PRAÇA, 2012; ERDMANN; SOUSA, 2009).

Eu oriento também com relação a rede de apoio, pois às vezes tem uma sogra, uma avó, uma vizinha que pode dar orientação errada, então eu tento sensibilizar com relação a isso, peço para a mãe confiar na gente e ter a gente como apoio principal (E12).

A gente conversa e orienta sobre tudo, e sempre costumamos orientar o casal, procuramos trazer o pai para os cuidados, eles ajudam bastante (E09).

Cuidar de um bebê egresso da UN no domicílio requer familiares seguros. Tal segurança é adquirida com o apoio da equipe multiprofissional para sanar as dúvidas e amenizar a ansiedade dos pais. Na UBS, dentre as diversas temáticas a orientar, destacaram-se os esforços destes profissionais em manter o aleitamento materno, sendo que 42 % foram capacitados quanto a Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (BRASIL, 2013c).

Estes profissionais consideram as dificuldades que a mãe passou durante o momento de internação com o bebê para manter a produção láctea, sendo assim, não medem esforços para que a amamentação se mantenha adequadamente também no domicílio. Referiram enfatizar os benefícios do aleitamento materno para mãe e criança, bem como a pega correta, identificar dificuldades como problemas nas mamas, dor ou fissuras, orientar sobre a oferta de leite no copinho e a não oferecer mamadeira ou outros bicos artificiais. Destacaram a importância do serviço de apoio do Banco de Leite Humano da maternidade municipal e que a participação das mães no MC favorece a amamentação, como corroboram os dados da literatura (FILHO et al., 2008; ALMEIDA et al., 2010).

Geralmente quando é pré-termo, baixo peso, ou com alguma dificuldade no aleitamento eu marco esse retorno o mais precoce possível, nem que seja um encaixe, justamente para não chegar daqui um mês e falar “estou dando mamadeira” (M02).

Os bebês que chegam aqui da MDV que foram pré-termo ou baixo peso, como eles passam lá pela amamentação e cuidado canguru, todos os bebês que eu peguei aqui já estão com um bom ganho de peso e as mães bem seguras quanto a amamentação (M03).

Apesar do município estudado apresentar uma maternidade pública referência para o MC, ainda não existe uma interface da AB com o hospital para a realização da terceira etapa do MC. O Programa Bebê Preciso, embora todos os resultados positivos apontados com relação ao seguimento do bebê de risco, necessita fortalecer estratégias para que se concretize a terceira etapa do MC na AB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo investigou as percepções dos profissionais das equipes de saúde da AB sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso egresso da UN e à sua família, e a interface com a terceira etapa do MC.

Os resultados mostram que a *Organização do seguimento na Atenção Básica* na realidade estudada é constituído por um adequado relacionamento entre a equipe de saúde, o que favorece o atendimento

multiprofissional. As consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros são apontadas como uma feliz estratégia adotada pelo MS. No entanto, destaca-se a necessidade de capacitação e treinamento profissional para a realização desta atividade. A VD se mostra como estratégia fortalecedora da puericultura na AB, porém muitas vezes dificultada devido a falta de carro ou disponibilidade dos profissionais para sua realização. Sendo assim, são necessários investimentos e maiores estudos para identificar estratégias sobre como potencializar essa atuação, bem como sensibilização de profissionais e gestores sobre sua importância para o incentivo de sua prática.

A categoria *O enigmático bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família na Atenção Básica*, desvelou que o bebê pré-termo ainda é um mistério para os profissionais da AB, que se sentem muitas vezes desamparados e despreparados para atender esta clientela. Apesar do sentimento de insegurança, os profissionais, na sua maioria, se mostram capacitados sobre o atendimento ao bebê pré-termo, no entanto, esse cuidado ainda é centrado no modelo biomédico, devendo ser incentivadas ações de promoção à saúde.

Quanto *As interfaces da terceira etapa do Método Canguru com a Atenção Básica*, no cuidado ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso, esta relação se apresenta ainda tímida, bem como o conhecimento dos profissionais limitados sobre a temática. Sendo assim, são necessárias ações de divulgação e capacitação dos profissionais sobre o método e pactuações entre os diversos níveis de atenção à saúde para a efetivação da terceira etapa do MC também na AB.

O estudo aponta a necessidade de maiores investimentos na AB, de modo a garantir ampla cobertura da ESF, já que este modelo de atuação garante melhor territorialização e mapeamento da comunidade, favorecendo o vínculo dos usuários com os profissionais e ampliando a resolutividade. Capacitar os profissionais de saúde da AB garante o fortalecimento da relação entre a equipe e a comunidade, além de conferir mais segurança para o acompanhamento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso. O Programa Bebê Precioso se evidencia como uma ação importante, através de protocolos de atendimento e capacitação dos profissionais, servindo de modelo para a atenção do bebê de risco.

As limitações deste estudo estão no enfoque dos sujeitos que se deu, apontando exclusivamente as percepções dos profissionais de saúde sobre o atendimento ao pré-termo e/ou de baixo peso na AB. Sendo assim, recomenda-se a realização de estudos semelhantes que investiguem as percepções dos familiares e profissionais das UN sobre esse processo. Sugerem-se ainda novas abordagens após serem

realizadas as capacitações da AB para a atuação no MC, para a comparação das realidades encontradas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H., et al. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. **Jornal da Pediatria**, Porto Alegre, v. 86, n. 3, p. 250-253, mai./jun. 2010.

ARAUJO, C.L. et al. Método mãe canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 301-307, jan. 2010.

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

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

BORCK, M.; SANTOS, E. K. A. Terceira etapa método canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 761-8, 2010.

BORCK, M.; SANTOS, E. K. A. Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 263-269, 2012.

BUCCINI, G. S. et al. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 3, p. 239-247, jul./set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde**

do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4 v.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde, Portaria n° 1.290, de 5 de setembro de 2013: Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 06 nov. 2013c, p.16.

CHAGAS D. O. et al. Comparação da adesão materna às orientações do método mãe canguruno pré e pós-alta do Hospital Sofia Feldman. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 5-8, 2011.

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, 2011.

COSTA, L. et al. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 4, p. 792-798, 2012.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v. 65, n. 1, p. 19-26, jan./fev. 2012.

CUSTÓDIO, Z. A. O. **Redes sociais no contexto da prematuridade:** fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida. 2010. 284 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CUSTÓDIO, N. et al. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 984-999, out./dez. 2013.

ERDMANN, A. L.; SOUSA F. G. M. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 150-60, abr./mai. 2009.

FILHO, F. L. et al. Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro (RJ), v. 84, n. 5, p. 428-435, set./out. 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GAIVA, M. A. M.; DIAS, N. S.; SIQUEIRAS, V. C. A. Atenção ao neonato na Estratégia Saúde da Família: avanços e desafios para a atenção integral. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 730-737, out./dez. 2012.

JOINVILLE (Cidade). Prefeitura de Joinville. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Unidade de Atenção básica. **Programa Bebê Precioso**. Joinville, 2011.

_____. Prefeitura de Joinville. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Unidade de Atenção. **Linhas-guia de atenção básica:** pequeno príncipe. Joinville, 2013.

_____. Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville - IPPUJ (Org.). Cidade em Dados 2014. Joinville, 2014. Disponível em: <<https://ippuj.joinville.sc.gov.br/arquivo/lista/codigo/442-Joinville%2BCidade%2Bem%2BDados%2B2014.html>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método canguru: a proposta brasileira. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 659-668, jul./set. 2005.

MARCH OF DIMES et al. **Born too soon: the global action report on preterm birth**. Edited by Howson CP, Kinney M, Lawn JE. Geneva: World Health Organization, 2012.

MARTINIANO, C.S. et al. Análise dos cuidados de puericultura e da relação puericultor-criança-cuidador na atenção básica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n.1, p. 40-48, jan./mar. 2013.

OLIVEIRA, F. F. S. et al. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 694-703, 2013.

RIVOREDO, C.R.S.F.; OLIVEIRA G.N.; MENDES R.T. A prática pediátrica no SUS: reflexões sobre o papel dos pediatras na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4221-4228, out. 2011.

SANTANA, J. C. B. et al. Método mãe canguru e suas implicações na assistência: percepção da equipe de enfermagem. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 34-48, jan./abr. 2013.

SILVA, S. O. BUDÓ, M. L. D.; SILVA, M. M. Concepções e práticas de cuidado na visão de homens. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 389-396, 2013.

SILVEIRA, R.C. (Coord. e Org). **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006. 116 p.

_____. Departamento Científico de Neonatologia. **Seguimento ambulatorial do prematuro em risco**. 1a. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. 76 p.

TRONCO, C. S. et al. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 108-113, jan./mar. 2010.

VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 326-31, abr./jun. 2012.

VIEIRA, V. C. L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 119- 125, jan./mar. 2012.

VIERA, C. V.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.1, p. 74-82. jan./mar. 2009.

4.2 MANUSCRITO II - REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DO BEBÊ EGRESSO DA UNIDADE NEONATAL NO SISTEMA DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DO BEBÊ EGRESSO DA UNIDADE NEONATAL NO SISTEMA DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

REFERENCE AND COUNTER BABY PRE-TERM, LOW AND / OR VERY LOW BIRTH WEIGHT IN HEALTH SYSTEM: PERCEPTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS OF BASIC CARE

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL BEBÉ PRE-TÉRMINO, DE BAJO Y/O MUY BAJO PESO AL NACER EN EL SISTEMA DE SALUD: PERCEPCIONES DE PROFESIONALES DE SALUD DE LA ATENCIÓN BÁSICA

Luana Cláudia dos Passos Aires¹³
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos¹⁴

RESUMO: Pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, que objetivou identificar como ocorre a referência e contrarreferência do bebê pré-termo e/ou de baixo peso egresso da Unidade Neonatal na percepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica. O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Joinville, Santa Catarina, sendo os dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, de setembro a outubro de 2014, com 31 profissionais de saúde da AB. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo do tipo categorial temática proposta por Bardin, emergindo três categorias: Comunicação entre o hospital e a Unidade Básica de Saúde de referência; Registro do acompanhamento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso; A visita hospitalar como uma estratégia para garantir o sistema de referência e contrarreferência. Os resultados mostram que os profissionais de saúde identificaram que o processo de referência e contrarreferência ocorre de maneira precária, sem o adequado registro de condutas e encaminhamentos realizados durante o atendimento à criança, além da sub utilização da Caderneta de Saúde da Criança. É necessário fortalecer o modelo de comunicação interinstitucional, garantindo um fluxo de referência/contrarreferência adequado que inclua todos serviços de saúde, bem como a sensibilização dos profissionais de saúde quanto a importância do registro no atendimento à criança.

Descritores: Cuidado da Criança. Atenção Primária à Saúde. Prematuro. Serviços de Saúde.

¹³ Enfermeira, Especialista em Enfermagem Neonatal. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Integrante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). Enfermeira assistencial da Unidade Neonatal da Maternidade Darcy Vargas (MDV). E-mail: luana_aires08@hotmail.com

¹⁴ Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder e pesquisadora do GRUPESMUR. E-mail: gregos@matrix.com.br

ABSTRACT: An exploratory and descriptive study, with a qualitative approach aimed at identifying how occurs the reference and counter-reference in caring for pre-term babies with low birth weight, at the neonatal unit of the health system. The study was conducted in the Basic Health Units in the city of Joinville, Santa Catarina, with data collected through semi-structured interviews, from September-October 2014, with 31 health professionals of the Primary Health Care. The technical of Categorical Analysis proposed by Bardin was used, emerging three categories: communication between the Hospital and the Basic Health Unit of reference; Registration of accompanying pre-term baby and/or low birth weight; The hospital visit as a strategy to ensure the system of reference and counter. The results show that health professionals identified that the process of reference and counter-reference occurs precariously without proper registration of behaviors and referrals during the attendance to children, in addition there was identify the underutilization of Child Health Book. It is necessary to strengthen the model of inter-institutional communication, ensuring a flow of reference/counter-reference appropriate to include all health services and awareness among health professionals regarding the importance of registration in the attendance to children.

Descriptors: Child Care. Primary Health Care. Infant, Premature. Health Services.

RESUMEN: Investigación exploratoria-descriptiva, con el abordaje cualitativa, que objetivó identificar como ocurre la referencia y contra-referencia del bebé pre-término, y/o de bajo peso al nacer, egreso de la Unidad Neonatal en la percepción de los profesionales de salud de la Atención Básica. El estudio fue realizado en la Unidades Básicas de Salud del municipio de Joinville, Santa Catarina, siendo los datos recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas, de septiembre a octubre de 2014, con 31 profesionales de salud de la Atención Básica. Se utilizó la técnica de Análisis de Contenido del Tipo Categorical Temático propuesto por Bardin, emergiendo tres categorías: Comunicación entre el Hospital y la Unidad Básica de Salud de referencia; Registro del acompañamiento del bebé pre-término y/o de bajo peso; La visita hospitalaria como una estrategia para garantizar el sistema de referencia y contrareferencia. Los resultados muestran que los profesionales de salud identificaron que el proceso de referencia y contra-referencia ocurre de manera precaria, sin el adecuado registro de conductas y encaminamientos realizados durante el atendimiento a los niños, además de la sub utilización del Cuaderno de Salud del Niño. Es

necesario fortalecer el modelo de comunicación inter-institucional, garantizando un flujo de referencia/contra-referencia adecuado que incluya todos los servicios de salud, así como la sensibilización de los profesionales de salud con relación a la importancia del registro en el atendimento a los niños.

Descriptor: Cuidado del Niño. Atención Primaria de Salud. Prematuro. Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

A crescente preocupação com o nascimento prematuro está diretamente relacionada com os altos índices de morbimortalidade neonatal, já que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prematuridade é a segunda causa de morte de crianças com menos de cinco anos de idade, sendo que 75% destes óbitos poderiam ter sido evitados através de ações simples, como o uso de corticóide antenatal, antibióticos, surfactante, óxido nítrico e ventilação de alta frequência (MARCH OF DIMES et al., 2012).

Em 1999, com a proposta de humanizar o atendimento ao recém-nascido hospitalizado, surge no Brasil a “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (NAHRNBP) – Método Canguru” (BRASIL, 2013a). Considerado no país uma Política Pública de Saúde, propõe um novo modelo de assistência perinatal. Embora seja composto por várias ações integradas, o método é reconhecido pelo contato pele a pele precoce, oferecido pela “Posição Canguru”. É realizado em três etapas, sendo a primeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), a segunda na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) e a terceira após a alta hospitalar, no domicílio (BRASIL, 2013a).

Na terceira etapa do MC, quando ocorre a alta hospitalar, é realizado o acompanhamento da criança ambulatorialmente. Sugere-se que sejam realizadas três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana, até que o bebê atinja 2.500g (BRASIL, 2013a). Atualmente, a proposta do Ministério da Saúde (MS) brasileiro é para que seja realizada pelo menos uma consulta semanal no hospital de origem, sendo as demais consultas realizadas na Atenção Básica (AB) com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo a Visita Domiciliar (VD) (BRASIL, 2013a).

No entanto, sabe-se que a articulação dos níveis primários e

terciários de saúde ainda é frágil, sendo este acompanhamento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso realizado quase que predominantemente em nível hospitalar (VASCONCELOS et al., 2012; COSTA et al., 2011; CUSTÓDIO et al., 2013). O processo de referência e contrarreferência no sistema de saúde ainda é tímido e a comunicação entre os profissionais do serviço terciário e da AB ocorre de maneira ineficaz (COSTA et al., 2011).

No Brasil, a AB é desenvolvida com a proposta de favorecer a aproximação do serviço de saúde à comunidade, através do acolhimento e relações de confiança que favoreçam o vínculo. Fortalecida pela ESF como modelo prioritário, é composta de equipe multiprofissional que atua atendendo populações de territórios definidos, o que possibilita o planejamento. O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994, dentre as atividades profissionais estão atendimento de ações programáticas e demanda espontânea; favorecendo a promoção da saúde e prevenção de agravos, realizando um cuidado centrado no usuário. No ano de 2006 foi lançada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que dentre outras normativas traz a necessidade de pactuações e estabelecimento de referência e contrarreferência (BRASIL, 2012a).

Partindo do pressuposto de que nem todos os bebês pré-termos egressos de uma Unidade Neonatal (UN) possuem referência fixa na rede e acesso facilitado a uma puericultura/*follow up* que atendam às suas especificidades; e considerando a fragilidade literária sobre a temática, emergiu a seguinte questão norteadora: Qual a percepção de profissionais de saúde da Atenção Básica acerca da referência e contrarreferência no cuidado do bebê pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso ao nascer egresso da Unidade Neonatal no sistema de saúde? Em busca de respostas para essa questão, estabeleceu-se como objetivo do estudo: Identificar como ocorre a referência e contrarreferência do bebê pré-termo e/ou de baixo peso egresso da Unidade Neonatal na percepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica.

Acredita-se que o estudo traz subsídios importantes para favorecer a comunicação interinstitucional, garantindo um fluxo de atendimento adequado.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada nas unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Joinville, localizado no norte do Estado de Santa Catarina (SC). No que tange a AB, a cidade dispõem de 57 Unidades

Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em nove regionais de saúde, sendo que destas UBS 31 possuem equipes completas de ESF (41,74%) (JOINVILLE, 2014).

O município de Joinville conta com um importante projeto realizado pela Prefeitura Municipal, denominado “Estratégia de vigilância à criança em condições de risco – Programa Bebê Precioso”, implementado em 2009, com objetivo de reduzir a mortalidade infantil e atender de modo integral a criança de risco de 0 a 11 meses e 29 dias, egressas da UN (JOINVILLE, 2011). A partir do Programa Bebê Precioso foi possível reduzir o coeficiente de mortalidade infantil da cidade, que era de 10,1 mortes de Recém-nascido (RN) para cada mil nascimentos em 2008 para 7,4 em 2012, sendo que a média nacional é de 15,7 mortes por mil nascimentos (JOINVILLE, 2013a).

Os participantes deste estudo foram 31 profissionais das equipes de saúde da AB (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), que estivessem atuando na AB há no mínimo seis meses, efetivo ou contratado e que tivessem atendido bebês pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso referenciados pelo Programa Bebê Precioso. Como critérios de exclusão adotou-se os seguintes: profissionais afastados da assistência, em férias ou licença, e que estiveram afastados do serviço nos últimos seis meses. O número de participantes foi definido pela saturação de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro-guia, no período de setembro a outubro de 2014. O agendamento para a realização das entrevistas foi de acordo com a preferência de horário e local pelo participante, sendo o convite para a participação no estudo realizado pessoalmente. Quando na data agendada o profissional não se encontrava disponível para a realização da entrevista por motivos de demanda da unidade ou outras particularidades, foi realizada uma tentativa extra de entrevista. Foi excluído um participante, que mesmo após a tentativa extra não se mostrou disponível para a realização da entrevista.

Foram identificadas pela coordenadora do programa 29 UBS que haviam atendido “Bebês Preciosos” nos anos de 2013 e 2014, sendo destas 15 UBS visitadas para a realização da coleta dos dados, buscando atender a maioria das nove regionais de saúde. As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, calmo e com o mínimo de influências externas, sendo gravadas e transcritas pela pesquisadora principal. Em três entrevistas os participantes recusaram-se de serem gravados, sendo respeitado os seus direitos e realizado o registro dos dados logo em seguida, para assegurar a originalidade dos dados. A duração das

entrevistas variou de 08 a 35 minutos.

Os dados foram analisados utilizando-se as técnicas de Análise de Conteúdo do tipo categorial temática proposta por Bardin (2011). Esta proposta, enquanto método, consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011). Foi realizada seguindo-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 a transcrição das entrevistas e leitura flutuante do corpus de análise, sendo formuladas as hipóteses. Na fase da exploração do material ou codificação, os dados obtidos foram categorizados a partir da leitura exaustiva e saturação dos mesmos nas falas. Na fase de inferência e interpretação, os dados foram analisados sob a luz do referencial teórico, que neste estudo foram as Políticas Públicas de Saúde.

O estudo seguiu a normatização para atividades de pesquisa e intervenções com os seres humanos, obedecendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, como a inclusão dos participantes do estudo após a autorização formal mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram identificados pelas letras “E” para Enfermeiros, “M” para Médicos e “T” para Técnicos em Enfermagem, garantindo o anonimato. O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) sob o número de parecer consubstanciado 767.502, de 27 de agosto de 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do presente estudo 31 profissionais da AB, sendo estes 14 enfermeiros, nove médicos (seis médicos da saúde da família e três pediatras) e oito técnicos de enfermagem. A maior parte dos profissionais era do sexo feminino, sendo a faixa etária distribuída entre 27 a 60 anos. Fazem parte da ESF 64,5 % dos participantes, sendo que o tempo de atuação na AB variou de oito meses a 27 anos e o tempo de formado de dois a 36 anos. 29% dos participantes entrevistados possuíam outro vínculo empregatício, sendo mais expressivo esse número na categoria médica. Dos entrevistados, 71% possuíam

especialização, com maior percentagem para os profissionais de nível superior. Receberam algum tipo de capacitação em serviço referente à puericultura, 45,2%.

Os resultados são apresentados nas seguintes categorias que emergiram: Comunicação entre o hospital e a Unidade Básica de Saúde de referência; Registro do acompanhamento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso; A visita hospitalar como uma estratégia para garantir o sistema de referência e contrarreferência.

CATEGORIA 1 - Comunicação entre o hospital e a Unidade Básica de Saúde de referência

No decorrer do estudo foram identificadas algumas fragilidades no processo de notificação das UBS para o início do seguimento do bebê egresso da UN na AB. Eventualmente, observaram-se atrasos no envio dos malotes contendo os documentos de notificação à UBS, o que expõe ao risco o bebê pré-termo e/ou de baixo peso que acaba de chegar no domicílio. Ao questionar as equipes de saúde da AB sobre como percebem o processo de referência e contrarreferência entre o hospital e a UBS, estas relataram uma discreta ou quase nula comunicação entre os profissionais dos diversos níveis de atenção.

A fragilidade de uma rede articulada de serviços de atenção à saúde da criança que garantisse a efetividade da referência e contrarreferência também foi observada em outros estudos, que apontaram desconhecimento da UBS referente a alta hospitalar do bebê (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011; VIERA; MELLO, 2009). O Programa Bebê Precioso é uma iniciativa que favorece o que está sendo proposto atualmente pelo MS: comunicação e contrarreferência entre o hospital e a AB, garantindo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2011, 2013a; JOINVILLE, 2011). No município estudado, a notificação para inclusão do bebê no Programa Bebê Precioso ocorre a partir do envio de um documento específico do programa, bem como o envio da Declaração de Nascido Vivo (DNV) para a UBS de referência da criança (JOINVILLE, 2011; 2013b).

Essa nossa comunicação está muito deficiente. Às vezes a contrarreferência é meio áspera, mas é melhor uma contrarreferência áspera e a gente se sentir mais tranquilo, mesmo porque ela vem com assinatura e carimbo, do que simplesmente o paciente ficar perdido aí no limbo sem saber para onde vai (M08).

Observamos que a comunicação entre os serviços ainda ocorre muitas vezes de modo informal, nos “bastidores”, quando um profissional que trabalha nos dois níveis de atenção repassa as informações que tem acesso. O presente estudo apontou que esta comunicação é ainda mais frágil quando se trata de um bebê egresso de hospital particular, talvez pelo fato do seguimento do bebê acontecer, na maioria das vezes, também em consultório particular, com o pediatra do convênio da criança, sendo a relação destas famílias com a UBS apenas para a realização de vacinas e teste do pezinho, por exemplo.

A organização hierarquizada dos serviços de saúde são premissas do modelo organizacional do SUS, possibilitando o planejamento e facilitando o acesso da população (JESUS; ASSIS, 2010). As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos que determinam os fluxos no SUS, tendo na AB a porta de entrada no sistema (BRASIL, 2012a). O seguimento do bebê egresso da UN demanda um cuidado diferenciado, que é facilitado por uma relação mais próxima entre o hospital de referência e a UBS, o que favorece a troca de informações e o acompanhamento contínuo, atendendo as necessidades especiais desta criança (COSTA et al., 2012; BRASIL, 2011).

A comunicação é boa, pois a colega de trabalho também trabalha na maternidade (pública), e faz esse “meio de campo” (T03).

Os bebês pré-termos que vêm da maternidade (pública), vêm muito bem, notificados como Bebês Preciosos, com o resumo da alta, vem tudo muito bem anotadinho, e sempre está lá escrito “acompanhamento em sua UBS”. Acho que isso eles priorizam bem [...]. Não percebo dificuldades na comunicação. Já os bebês pré-termos que eu recebo dos serviços particulares que é danado [...]. O Programa Bebê Precioso era para abranger todos os bebês de Joinville, mas os que nascem no particular acabam não sendo referenciados, não costuma ocorrer essa referência e contrarreferência do particular com o posto (M02).

Os serviços apresentam uma comunicação deficitária, e este atendimento solitário entre os profissionais dificulta a potencialização e continuidade do cuidado. Esta frágil comunicação entre os profissionais da saúde transfere a responsabilidade da difícil missão de realizar a

contrarreferência ao paciente, neste caso, aos cuidadores do bebê. Sendo assim, depende de suas habilidades para dar continuidade ao acompanhamento e muitos acabam peregrinando em um sistema de saúde que apresenta um fluxo ainda fragilizado.

A tarefa de buscar um itinerário para a resolução das necessidades de saúde da criança não devem ficar sob responsabilidade exclusiva da família (FURTADO et al., 2010). Um estudo identificou que a contrarreferência, quando ocorre, se faz pela articulação do enfermeiro diretamente com a família, e não com o serviço onde a criança foi atendida (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011).

Sabe-se que para a eficaz integralidade do cuidado é necessário protocolo de referência e contrarreferência entre todos os níveis de atenção à saúde (SASSÁ et al., 2011; VIERA; MELLO, 2009; BRASIL, 2012b; JESUS, ASSIS, 2010). A contrarreferência confere responsabilidade compartilhada entre os serviços de saúde, principalmente para os casos de paciente que apresentam risco (FURTADO et al., 2010).

Não tem muito uma contrarreferência, o paciente é meio que solto na rede. Vai e volta, “pipoca aqui, pipoca lá” e a mãe nem sabe o que faz (E08).

CATEGORIA 2 - Registro do acompanhamento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso

A comunicação formal para o processo de referência e contrarreferência do seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso na realidade estudada, quando ocorre, se faz através do registro do resumo de alta, no qual o setor terciário fornece à AB as informações do bebê durante a internação; e registros na Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Ambos os documentos são entregues aos familiares, ficando desta forma as crianças vulneráveis à capacidade de seus cuidadores em repassarem corretamente as informações. Estudo também identificou risco para a continuidade do cuidado quando o compromisso em agendar consultas, repassar documentos e garantir encaminhamentos ficava sob responsabilidade da família (VIERA; MELO, 2009).

Muitas vezes a mãe não sabe contar o que foi falado pelos especialistas, às vezes ela não entende. Tem mãe que é super orientada, sabe dizer o que o especialista falou, agora tem mãe que não sabe falar. [...] eu acho ruim essa parte

da comunicação, deveria ser melhor. Até porque é a gente da Atenção Básica quem faz o acompanhamento mensal desses bebês (M03).

Eles mandam o laudo bem explicadinho, mas às vezes a mãe não traz esses papéis e a gente acaba ficando sem saber alguma intercorrência ou algum cuidado que tem que ter com o bebê. Depende da mãe guardar o papel e entregar para gente. Talvez fosse interessante mandar por malote o resumo de alta, e não pela mãe, de profissional para profissional (M05).

Eu acho que é uma comunicação muito falha. Ela existe, é um processo, nos estamos caminhando para isso mais a passos bem lentos. Do ambulatório de prematuridade também não temos contrarreferência. Só sabemos o que a mãe relata. E ela relata o que ela quer, e o que ela lembra. Coitada! (E13).

Os profissionais da AB queixaram-se da falta de registro do seguimento, dificultando seu acompanhamento no setor primário. Foi destacada a sub utilização da CSC, muitas vezes justificada pela demanda expressiva e a sobrecarga de trabalho na qual os profissionais de saúde geralmente se encontram. O preenchimento incompleto da CSC sugere descomprometimento dos profissionais, já que a inadequada utilização deste instrumento impossibilita o cuidado da criança de modo integral. A qualidade desses registros também se apresentaram deficitários. Alguns profissionais os consideraram insuficientes ou pouco específicos, tecnocratas, sem apresentar uma proposta de continuidade do cuidado.

Estudos semelhantes também identificaram que os registros do atendimento à criança são realizados de forma bastante sucinta, com anotações vagas e insuficientes (DOMINGOS; NUNES; STUTZ, 2010; MARTINIANO et al., 2013; GAIVA; DA SILVA, 2014). Uma revisão integrativa de literatura apontou que desde a criação da CSC observam-se dificuldades para o correto preenchimento por parte dos profissionais, embora atualmente apresente uma discreta melhora no registro de dados como peso e altura, os mesmos não são transferidos para os gráficos (GAIVA; DA SILVA, 2014). A falta de registro das atividades leva ao desperdício e vazio de informações (ALVES; NASCIMENTO;

SANTOS, 2014). O uso adequado da CSC constitui um direito da população infantil, pois é um importante documento de saúde da criança, sendo considerada um “histórico volante”. Os pais devem ser instrumentalizados para utilizar as informações nela contidas (BRASIL, 2012b; GAIVA; DA SILVA, 2014).

Na alta eles vêm com um resumo de alta, mas é algo muito hospitalar. Vem muito pontuado: “entubado, recebeu amicacina”, sabe, algo muito hospitalar, que não ajuda muito aqui na AB, no seguimento. Não dá muita dica no que a gente poderia estar ajudando eles, o que a gente poderia fazer aqui na Atenção Básica em nível domiciliar para ajudar no seguimento. Não é o resumo de alta, na verdade eles fazem um resumo da internação. Não é uma proposta do que fazer dali em diante (E06).

O que eu recebo de referência e contrarreferência nas minhas puericulturas está na caderneta da criança, que às vezes vem preenchidas, outras não. Às vezes eu pergunto para as mães determinadas coisas e elas não sabem informar. Eu peço para que as mães tragam por escrito, às vezes alguns profissionais escrevem, mas isso não é geral, e normalmente essa informação é de boca. E então, com as informações picadas, você tenta montar uma história. Isso é muito complicado. Tecnicamente por escrito não temos nada (M08).

Os profissionais destacaram uma boa comunicação com a maternidade pública para o agendamento com as especialidades, porém, não costumam receber a contrarreferência destas consultas. O município preconiza que o encaminhamento para as especialidades deve ser feito com formulário próprio de referência/contrarreferência, preenchidos pelo médico da família e a contrarreferência deve ser garantida à UBS de origem do paciente, devidamente preenchida pelo especialista (JOINVILLE, 2013b).

A contrarreferência é péssima, é nula. Talvez, se ocorresse esse retorno, evitaria muitas desconultas ou consultas desnecessárias com especialistas. Se houvesse a contrarreferência seria muito bom, a mãe traria o bebê para

consulta e me mostraria o que houve na consulta lá, isso me ajudaria muito na minha consulta “Ah, então foi feito isso, então ele está assim [...]”. Eu digo que há egoísmo e preguiça por parte dos profissionais, do tipo “eu vou fazer a minha parte, os outros que se virem” (E06).

CATEGORIA 3 - A visita hospitalar como uma estratégia para garantir o sistema de referência e contrarreferência

A visita hospitalar proposta pelo Programa Bebê Precioso é uma iniciativa que vem apresentando sucesso para facilitar a comunicação entre os níveis de saúde no município estudado, favorecendo o fortalecimento do processo de referência e contrarreferência. Esta proposta vem ao encontro do que preconiza o MS para envolver as equipes da AB no cuidado ao bebê pré-termo e/ou baixo peso, com ênfase para os bebês que estão participando da terceira etapa do MC, garantindo responsabilidade compartilhada no cuidado entre o hospital e a AB. Os profissionais entrevistados destacaram a importância desta atividade como uma possibilidade de fortalecer vínculo com os familiares e profissionais, sendo um importante momento para a transmissão mais detalhada das condições do bebê e suas necessidades de cuidados após a alta.

Porém, devido a algumas fragilidades no envio dos documentos de notificação para a UBS, algumas unidades não realizaram a visita hospitalar por não serem informadas em tempo hábil da sua necessidade, recebendo a notificação somente após a alta do bebê. Sendo assim, é necessário rever o processo de notificação, garantindo que esta atividade que se mostrou tão valiosa ocorra. Embora em algumas situações foram referidos contatos telefônicos solicitando a visita, considerando a atual conectividade do mundo virtual, sugere-se que tais notificações sejam realizadas via e-mail, e não mais por fax/malote.

Para os casos de evolução não satisfatória (crianças de risco que necessitem de cuidados especiais ou apresentem atraso no crescimento/desenvolvimento), o Programa Bebê Precioso orienta que a UN encaminhe ao Núcleo de Apoio Técnico da Saúde da Criança o formulário de solicitação de cuidados para o Bebê Precioso, para que seja realizada a visita hospitalar pela equipe da UBS de referência da criança (JOINVILLE, 2011). As orientações da equipe multiprofissional durante a internação são fundamentais para a segurança do cuidado domiciliar, sendo assim, a comunicação entre o serviço de atenção terciária e a AB neste processo ampliará a confiança da família para

desenvolver os cuidados ao pré-termo (TRONCO et al., 2010; BENGZOZI et al., 2010; SASSÁ et al., 2011; FURTADO et al., 2010).

Quando eu fiz essa visita foi muito interessante, fui super bem recebida, me passaram todos os dados da criança. Voltei super bem preparada para orientar nos cuidados e dar suporte para essa mãe no domicílio (E12).

Eu acho importante a ida na maternidade pois trabalhando em saúde da família você assume a população e é importante prezar o vínculo. [...] Então visitar o hospital numa situação dessas do Bebê Precioso eu acho muito importante, para a mãe que de repente fez o pré-natal com você, fez o pré-natal também na maternidade, seu vínculo fortalece. Não só a tomada de conhecimento da situação da criança em si, mas é uma criação de vínculo. E essa mãe acaba trazendo essa criança com certeza para consultar todo mês (M08).

Eu achei essa visita muito importante, muito importante mesmo! Pois até recebemos o resumo de alta, tem muitos termos hospitalares que não são a nossa vivência na Atenção Básica, então acho que essa comunicação verbal e presencial na maternidade favorece a comunicação e nos auxilia para os cuidados no domicílio. Sempre vai ser melhor que apenas um registro no papel (E12).

Propostas que busquem a desospitalização e proponham cuidados domiciliares necessitam de pactuações e garantia de acesso em todos os níveis de saúde, com fluxos de referência e contrarreferência bem estabelecidos (BRASIL, 2013b, 2013c).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de atenção à saúde no país é formado por uma rede hierarquizada que apresenta comunicação ainda frágil entre os diversos níveis de atenção. O presente estudo discorreu sobre a percepção de profissionais de saúde da AB sobre o sistema de referência e contrarreferência no cuidado do bebê pré-termo, de baixo e/ou de muito baixo peso ao nascer egresso da UN no sistema de saúde.

Os profissionais de saúde entrevistados identificaram que o

processo de referência e contrarreferência ocorre de maneira tímida, sem o adequado registros sobre as condutas e encaminhamentos realizados durante o atendimento à criança, além da sub utilização da CSC. A tarefa de repassar as informações e garantir a contra-referência ficou incumbida aos cuidadores, tornando o atendimento a estes bebês vulnerável.

A visita hospitalar se mostrou como adequada estratégia para estreitar as relações entre os profissionais de saúde e a família, garantindo a integralidade do cuidado e favorecendo o vínculo com a comunidade.

No que tange o atendimento ao bebê pré-termo, o município estudado apresenta uma exemplar proposta de seguimento ao bebê de risco através do Programa Bebê Precioso, que preconiza a comunicação antecipada entre a maternidade e a AB. Apesar de todos os aspectos positivos do programa, são necessários ajustes no que diz respeito à notificação do bebê para a inclusão no projeto, buscando garantir que ocorra a visita hospitalar e a comunicação adequada entre os serviços de saúde.

Recomenda-se a realização de investigações que descrevam a percepção dos profissionais do nível terciário bem como dos familiares sobre de qual forma ocorre o processo de referência e contrarreferência destes bebês. Considerando os resultados do estudo, se faz necessário fortalecer o modelo de comunicação interinstitucional, garantindo um fluxo referência/contrarreferência adequado e que inclua todos os serviços de saúde, seja de caráter público ou privado. Além disso, espera-se que os profissionais de saúde sejam sensibilizados quanto a importância do registro no atendimento à criança.

REFERÊNCIAS

ALVES, K. Y. A; NASCIMENTO, C. P. A; SANTOS, V. E. P. Home visit as a care technology, teaching and research in nursing. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 10, p. 3776-3783, 2014.

Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4988/pdf_6463>. Acesso em: 25 jan. 2014.

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

BENGOZI, T. M. et al. Uma rede de apoio a família do prematuro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá (PR), v. 9, n. 1, p. 155-160, jan./mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 1 v.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método canguru. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Mais Médicos**: orientações sobre a organização da Atenção Básica do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_orientacoes_organizacao.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, 2011.

COSTA, L. et al. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 4, p. 792-798, 2012.

CUSTÓDIO, N. et al. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 984-999, out./dez. 2013.

DOMINGOS, C. M.; NUNES E. F. P. A.; STUTZ, A. C. Monitoramento da saúde da criança em uma unidade de atenção básica do município de Londrina-PR. **Espaço para a Saúde** (Online) Londrina, v.11, n. 2, p. 01-10, jun. 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/10086/pdf_1>. Acesso em: 13 jan. 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FURTADO, M. C.C. et al. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 640-6, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7625/8467>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

GAIVA, M. A. M.; DA SILVA, F. B. Book of child health: integrative review of the literature. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 3, p. 742-749, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5357/pdf_4772>. Acesso em: 12 jan. 2015.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-70, 2010.

JOINVILLE (Cidade). Prefeitura de Joinville. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Unidade de Atenção básica. **Programa Bebê Precioso**. Joinville, 2011. 44p.

_____. Prefeitura Municipal de Joinville. **Programa municipal de saúde é destaque em cenário estadual e nacional**. Joinville, 27 mai. 2013a. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/noticia/4501->

Programa+municipal+da+Sa%C3%BAde+%C3%A9+destaque+em+cen%C3%A1rio+estadual+e+nacional.html>. Acesso em: 13 dez. 2014.

_____. Prefeitura de Joinville. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Unidade de Atenção. **Linhas-guia de atenção básica: pequeno príncipe**. Joinville, 2013b.

_____. Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville - IPPUJ (Org.). **Cidade em Dados 2014**. Joinville, 2014. Disponível em: <<https://ippuj.joinville.sc.gov.br/arquivo/lista/codigo/442-Joinville%2BCidade%2Bem%2BDados%2B2014.html>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MARCH OFDIMES et al. **Born too soon: the global action report on preterm birth**. Edited by Howson CP, Kinney M, Lawn JE. Geneva: World Health Organization, 2012.

MARTINIANO, C. S. et al. Análise dos cuidados de puericultura e da relação puericultor-criança-cuidador na atenção básica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n.1, p. 40-48, jan./mar. 2013.

SASSÁ, A. H. et al. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 713-721, 2011.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis v. 20, p. 263, 2011.

TRONCO, C. S. et al. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 108-113, jan./mar. 2010.

VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 326-31, abr./jun. 2012.

VIERA, C. V.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.1, p. 74-82. jan./mar. 2009.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, que emergiu das minhas inquietações da prática profissional atuando como enfermeira neonatologista, preocupada em garantir a continuidade dos cuidados dos bebês que cuido na UN apresentou como objetivo geral: investigar as percepções dos profissionais das equipes de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso egresso da Unidade Neonatal e à sua família.

A pesquisa de campo traz resultados significativos para a compreensão sobre como ocorre o seguimento destes bebês na realidade estudada. Em “Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o cuidado ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso: interfaces com a terceira etapa do Método Canguru”, os dados evidenciam que o modelo organizacional da puericultura na AB embora seja constituído por um adequado relacionamento entre a equipe de saúde, ainda é centrado no modelo biomédico. Apesar dos sentimentos de insegurança relatados nas falas dos profissionais de saúde para atender o bebê pré-termo na AB, a maioria destes profissionais se mostram capacitados para o atendimento adequado desta população. As interfaces da terceira etapa do MC com a AB ainda são bastante discretas, sendo limitados os conhecimentos dos profissionais sobre a temática.

As fragilidades no atendimento a estes bebês ficou evidenciada em “Referência e contrarreferência do bebê pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da atenção básica”, que destacou a comunicação pouco eficaz entre os níveis de saúde, sinalizando que o processo de referência e contrarreferência ocorre de maneira fragilizada. O registro do cuidado prestado à estas crianças se mostrou insuficiente, acarretando em uma assistência fragmentada.

O Programa Bebê Precioso se mostra como uma exemplar proposta de seguimento ao bebê pré-termo, que através de protocolos de atendimento e capacitação dos profissionais busca viabilizar o acompanhamento adequado a bebês de risco. Esta iniciativa favorece o que está sendo proposto atualmente pelo MS também no que diz respeito à aplicabilidade do MC na AB, garantindo a continuidade do cuidado.

A visita hospitalar é apontada como adequada estratégia para estreitar as relações entre os profissionais de saúde e a família, garantindo a integralidade do cuidado e favorecendo o vínculo e o repasse de informações, assim como é percebido para a VD. Apesar de

todos os aspectos positivos do programa, são necessários ajustes no que diz respeito à notificação do bebê para a inclusão no projeto, buscando garantir que ocorra a visita hospitalar e a comunicação adequada entre os serviços de saúde.

Ao realizar uma pesquisa, espera-se estudar uma realidade de forma a conhecer o fenômeno. Neste sentido, minhas aspirações durante a realização desta proposta de estudo foram conhecer como ocorre o atendimento a estes bebês na atenção primária, de modo que os resultados desta investigação contribuíssem para fortalecer a assistência de saúde desta população, refletindo em melhorias na qualidade de vida destes bebês e suas famílias.

O estudo aponta a necessidade de maiores investimentos na AB, de modo a garantir a ampliação da cobertura da ESF. A capacitação da AB favorece o fortalecimento da relação equipe com a família. Compreendendo que a UBS é o local mais próximo da família, devendo ser a porta de entrada e referência para a saúde da família, investimentos neste setor resultarão em segurança para o acompanhamento de bebê pré-termo na AB.

Considerando os resultados do estudo, faz-se necessário fortalecer o modelo de comunicação interinstitucional, garantindo um fluxo de referência/contrarreferência adequado que inclua todos os serviços de saúde, seja de caráter público ou privado. Além disso, espera-se que os profissionais de saúde sejam sensibilizados quanto a importância do registro no atendimento à criança, retirando dos cuidadores a tarefa exclusiva de repassar as informações e garantir a contrarreferência da criança.

Acredito que os resultados deste estudo trazem contribuições valiosas para a ampliação e formulação de políticas públicas nacionais de saúde para a assistência neonatal e que os dados possam subsidiar gestores para o investimento na AB neste contexto.

As limitações deste estudo estão no enfoque dos sujeitos que se deu, apontando exclusivamente as percepções dos profissionais de saúde sobre o fenômeno. Sendo assim, recomenda-se a realização de estudos semelhantes que investiguem as percepções dos familiares e profissionais das UN sobre esse processo. Sugerem-se ainda novas abordagens após serem realizadas as capacitações da AB para a atuação no MC, para a comparação das realidades encontradas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. R. et al. **O recém-nascido de muito baixo peso**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

ASSIS, W. D. et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 38-46, jan./fev. 2011.

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

BENGOZI, T. M. et al. Uma rede de apoio a família do prematuro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá (PR), v. 9, n. 1, p. 155-160, jan./mar. 2010.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 18 de 1982 do INAMPS/Ministério da Saúde**, que estabelece a obrigatoriedade do alojamento conjunto nas maternidades SUS.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 322/GM, de 26 de maio de 1988. Aprova as Normas Gerais para implantação e funcionamento de Bancos de Leite Humano. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jul. 1988b, nº 99. Seção 1, p. 9527-9528.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 jul. 1990. p. 13563.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016/GM, de 26 de agosto de 1993. Aprova as normas Básicas para Implantação do Sistema de Alojamento Conjunto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 set. 1993, seção I, p. 13066.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, [200-?].

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 de jul. 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 72/SAS, de 2 de março de 2000. Estabelece equipe multiprofissional para o atendimento humanizado ao recém-nascido de baixo peso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 mar. 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 822/GM, de 06 de junho de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da saúde. **AIDPI Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: curso de capacitação: introdução: módulo 1. 2 ed Rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de

2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683/GM, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, as Normas de orientação para a implantação do método canguru. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. **Informações de saúde**. Estatísticas Vitais. Brasília, [201-?] Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>>. Acesso em 06 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor de Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica conjunta Anvisa/Ministério da Saúde nº 01/2010**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/rede_cegonha/MANUAIS/1.MANUAL_PRATICO_MS.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2013.

_____. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**: Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: _____ **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. p. 371-398. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12834/1/CAPITULO_CesarianasNoBrasil.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 930/GM, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 maio 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.389/GM, de 30 de dezembro de 2013. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2013b, nº 253, seção 1, p. 54.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020/GM, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 mai. 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013d. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 mai. 2014a. Seção 1, nº 86.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153/GM, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mai. 2014b. Seção 1.

BOEHS, A. E. et al. A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados das mães de crianças entre 0 e 6 anos usuárias da estratégia da saúde da família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1005-1021, 2011.

BUCCINI, G. S. et al. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 3, p. 239-247, jul./set. 2011.

CAMARGO, C. L.; SILVA, J. C.; MARTINS, L. A. (Org.). **A saúde da criança e seu contexto histórico**. Salvador: Atualiza Editora, 2013.

CARDOSO, A. C. A. et al. Método mãe-canguru: aspectos atuais. **Pediatria**, São Paulo (SP), v. 28, n. 2, p. 128-134, 2006.

CARVALHO, M. R.; PROCHNIK, M. **Método mãe-canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia**: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. 2005. 228 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

COSTA, R. et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **História da enfermagem – revista eletrônica (here)**, Brasília (DF), v. 1, n. 1, p. 55-68, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/.../here/n1v01ano1_artigo4.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, 2011.

COUTO, F.F.; PRAÇA, N.S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v. 65, n. 1, p. 19-26, jan./fev. 2012.

CUSTÓDIO, Z. A. O. **Redes sociais no contexto da prematuridade**: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida. 2010. 284 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CUSTÓDIO, N. et al. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 984-999, out./dez. 2013.

FERRAZ, S. T. et al. Programa de follow-up de recém-nascidos de alto risco: relato da experiência de uma equipe. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, 2010.

FILHO, F. L. et al. Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro (RJ), v. 84, n. 5, p. 428-435, set./out. 2008.

FONSECA, E. L.; MARCONI, S. S. Percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido com baixo peso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 11-17, jan./fev. 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003. Acesso em: 16 dez. 2014.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 277-283, abr./jun. 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Organização Mundial da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado – módulo 4: autoavaliação e monitoramento do hospital. Brasília: MS, 2010. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo4.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2013.

FURTADO, M. C.C. et al. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 640-6, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7625/8467>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

GAIVA, M. A. M.; DIAS, N. S.; SIQUEIRAS, V. C. A. Atenção ao neonato na Estratégia Saúde da Família: avanços e desafios para a atenção integral. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 730-737, out./dez. 2012.

GESTEIRA, E. R.; GOLDENBERG, P. Estágio de neonatologia na graduação de enfermagem: enfrentamentos e desafios num contexto de mudanças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 65-71, jan./fev. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil – 2013**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2014. 208p. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoO DM.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

JOINVILLE (Cidade). Prefeitura de Joinville. Secretária Municipal de Saúde. Gerência de Unidade de Atenção básica. **Programa Bebê Precioso**. Joinville, 2011.

_____. IPPUJ (Instituto de Planejamento e Pesquisa Urbana Sustentável de Joinville). **Joinville em dados 2013**. Joinville: [s. n.], 2013a. <http://pt.slideshare.net/ACIJ/joinville-em-dados-2013>

_____. Prefeitura Municipal de Joinville. **Programa municipal de saúde é destaque em cenário estadual e nacional**. Joinville, 27 mai. 2013b. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/noticia/4501-Programa+municipal+da+Sa%C3%BAde+%C3%A9+destaque+em+cen%C3%A1rio+estadual+e+nacional.html>>. Acesso em: 13 dez. 2014.

_____. Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville - IPPUJ (Org.). **Cidade em Dados 2014**. Joinville, 2014. Disponível em: <<https://ippuj.joinville.sc.gov.br/arquivo/lista/codigo/442-Joinville%2BCidade%2Bem%2BDados%2B2014.html>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método canguru: a proposta brasileira. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 659-668, jul./set. 2005.

LAMY, Z.C. **Método canguru no Brasil**: avaliação, expansão e fortalecimento. 2013. 27 slides. Apresentação em Power-point.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa e saúde**. 2. ed. Rio Grande do Sul: Pallotti, 2002.

MACHADO, M. M. T. et al. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3125-3133, 2012.

MATERNIDADE DARCY VARGAS. Departamento de Controladoria. **Infográfico da Maternidade Darcy Vargas**: dados de 1947 a 2013. Joinville, Maternidade Darcy Vargas, 2013.

MARCH OF DIMES et al. **Born too soon**: the global action report on preterm birth. Edited by Howson CP, Kinney M, Lawn JE. Geneva: World Health Organization, 2012.

MELO, W. A.; UCHIMURA, T. T. Perfil e processo da assistência prestada ao recém-nascido de risco no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia (Online)**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 323-337, jun. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n2/13.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; CAMARGO, C. L. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 654-62, 2012. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/13108/13438>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

MOREIRA, L. M. C. et al. Das diretrizes à prática: avaliação da atenção pediátrica prestada por um serviço de referência secundária no norte de Minas Gerais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1785-1794, 2013.

NETO, E. T. S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, abr./jun. 2008.

NEVES, E. P.; GONÇALVEZ, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEN, 1984. v. 1, p. 210 - 229.

NOVACZYK, A. B.; GAÍVA, M. A. M. As tecnologias inter-relacionais na assistência à criança na atenção básica: análise de documentos oficiais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 560-568, jul./set. 2011.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 453-461, mai./jun.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a05v20n3.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura: assistência ao parto normal – um guia prático**. Genebra, 1996.

_____. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª Revisão. São Paulo: EDUSP, 1997.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POUPART, J. A pesquisa qualitativa: enfoque epistemológicos e metodológicos. 2. ed: Petrópolis: Vozes, 2010.

ROCKENBACH, C. L.; SANTOS, T. G. **A terceira etapa do método canguru no discurso das famílias**, 2009. 75 f. TCC (Graduação). Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Indicadores de saúde**. Indicadores de mortalidade. Taxa de mortalidade infantil. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Ind_Mortalidade_Infantil/Ind_Mortalidade_Infantil_graf.def>. Acesso em: 06 jan. 2015.

SANTOS, L. C. et al. Perception of premature infants' mothers on home visits before and after hospital discharge. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 3, p. 393-400, set./dez. 2014.

SASSÁ, A. H. et al. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 713-721, 2011.

_____. Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-

nascido de muito baixo peso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 492-498, 2014.

SASSÁ, A.; MARCON, S. S. Avaliação de famílias de bebês nascidos com muito baixo peso durante o cuidado domiciliar. **Texto & Contexto Enfermagem [Internet]**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 442-51, abr./jun. 2013. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a21.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

SCHMIDT, K. T.; HIGARASHI, I. H. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 391-399, jul./set. 2012.

SILVA, D. I. et al. Reorganização da Atenção à Saúde da Criança em Colombo, Paraná, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 1, p. 251, 2012.

SILVEIRA, R.C. (Coord. e Org). **Manual seguimento ambulatorial do prematuro em risco**. 1 ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

SOARES, D.C. et al. Faces do cuidado ao prematuro extremo no domicílio. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.9, n. 2, p. 238-245, abr./jun. 2010.

SOUSA, F.G.M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção Básica de saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade**. 2008. 333f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. Qualificando o cuidado à criança na atenção primária de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n. 5, p. 795-802, set./out. 2012.

SOUZA, A. B. G. **Enfermagem neonatal cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo (SP): Martinari, 2011.

STÁBILE, A. P. et al. Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 22, n. 1, jan./abr. 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2007.

TRONCO, C. S. et al. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 108-113, jan./mar. 2010.

VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 326-31, abr./jun. 2012.

VIERA, C. S. et al. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/9487/656>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – E-MAIL ÀS COORDENAÇÕES DAS UBS A SEREM VISITADAS

Eu, Luana Cláudia dos Passos Aires, aluna regular do curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, venho por meio deste repassar informações sobre o início da coleta de dados de minha dissertação de mestrado, sob orientação da Profa. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, intitulada: **PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DE SUA PARTICIPAÇÃO NO CUIDADO AO BEBÊ EGRESSO DA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU E SUA FAMÍLIA.**

A pesquisa traz como objetivo geral: **investigar as percepções dos profissionais das equipes de saúde da atenção básica sobre sua participação no cuidado ao bebê egresso da terceira etapa do Método Canguru e sua família.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 – Identificar o conhecimento das equipes de saúde da atenção básica acerca do seguimento ambulatorial dos bebês pré-termos e/ou de baixo peso ao nascer.

2- Identificar as percepções das equipes de saúde da atenção básica acerca de sua participação nos cuidados ao bebê egresso da terceira etapa do Método Canguru.

3- Descrever a percepção das equipes de saúde da atenção básica sobre o sistema de referência e contra referência no cuidado do bebê pré-termo e/ou de baixo peso ao nascer.

4- Caracterizar os cuidados realizados pelas equipes da atenção básica aos bebês pré-termos e/ou de baixo peso e sua família egressos da terceira etapa do Método Canguru.

PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo serão os membros integrantes das equipes de saúde da atenção básica de Joinville (**médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem**), que atendem ou atenderam bebês nascidos pré-termos e/ou de baixo peso egressos da terceira etapa do Método Canguru, referenciados pelo Projeto Bebê Precioso, que aceitem participar da pesquisa mediante autorização formal pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido(TCLE).

A coleta de dados será através de **entrevista semiestruturada**. É

importante destacar que a entrevista será realizada conforme a disponibilidade dos profissionais, sendo agendadas, se necessário, sem acarretar qualquer prejuízo no desempenho de suas funções em seu ambiente de trabalho.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) e apresenta autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Joinville.

A coleta de dados iniciará no dia 16/09/2014, nos turnos matutino e vespertino. A previsão máxima para saída do campo é de dezembro/2014.

Desde já agradeço a atenção e conto com o apoio de todos(as). Sua participação será muito importante!

Em tempo comprometo-me com a divulgação dos resultados da pesquisa após a finalização do estudo.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) que serão visitadas para a realização das entrevistas com os profissionais que aceitarem participar do estudo são as seguintes (levantamento das principais UBS que receberam bebês do projeto “Bebê Precioso” no último ano):

<u>Aventureiro</u> - Aventureiro I - Aventureiro II - Leonardo Schlickman - Cubatão - Saguçu - Santa Bárbara	<u>*Costa e Silva</u> - Costa e Silva - Jd Paraíso I - Jd Paraíso II - Jd Paraíso IV Canto do Rio - Bom Retiro	<u>*Jarivatuba</u> - Jarivatuba - Paranaguamirin - Jd Edilene - Estevão de Matos
<u>*Centro</u> - Morro do meio - Lagoinha	<u>*Fátima</u> - Fátima - Adhemar Garcia - Petrópolis	<u>*Jarivatuba</u> - Jarivatuba - Paranaguamirin - Jd Edilene - Estevão de Matos
<u>*Comasa</u> - Jd Iririú <u>*Pirabeiraba</u> - Pirabeiraba	<u>*Floresta</u> - Floresta - Boehmerwaldt I - Boehmerwaldt II - Profipo	<u>*Vila Nova</u> - Vila Nova - Glória

Muito obrigada!
 Att. Luana Aires

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADA

Local, data e horário da entrevista:

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Identificação do profissional:

Idade: Sexo: () Feminino () Masculino

Categoria profissional:

Lotado na UBS:

Faz parte da ESF? () Sim () Não

Tempo de atuação na UBS:

Tempo de formado:

Possui outro vínculo empregatício? Qual?

Em sua formação, recebeu alguma capacitação sobre o cuidado ao bebê pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso ao nascer? Qual?

Participou da capacitação referente à Estratégia Amamenta Alimenta Brasil? () Sim () Não

Possui especialização? Em que área?

Atendeu algum bebê em terceira etapa/egresso do Método Canguru? () Sim () Não

PERGUNTAS:

1- Conhecimento sobre seguimento ambulatorial de bebês pré-termos, de baixo e/ou muito baixo peso ao nascer egresso da unidade neonatal

- Conte-me o que você sabe sobre o seguimento ambulatorial (puericultura) de bebês pré-termos, de baixo e/ou muito baixo peso ao nascer egresso da unidade neonatal?

2- Participação dos profissionais da atenção básica no cuidado ao bebê pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso ao nascer egresso da unidade neonatal e sua família

- Como você percebe a participação dos profissionais da atenção básica no cuidado ao bebê pré-termos, de baixo e/ou muito baixo peso ao nascer egresso da unidade neonatal?
- Como você se insere nesse processo?

3- Referência e contrarreferência:

- Como você percebe a articulação da unidade neonatal X UBS?
- Como você entende a referência e a contrarreferência no cuidado ao bebê pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso ao nascer?
- Quais as facilidades no processo de interação unidade neonatal X UBS?
- Quais as dificuldades no processo de interação unidade neonatal X UBS?

4- Cuidado ao bebê pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso ao nascer e sua família na atenção básica

- Como você percebe o cuidado ao bebê pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso ao nascer na atenção básica?
- Que tipo de cuidados você realiza?
- Que orientações e apoio oferece às famílias dos bebês pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso ao nascer?
- Você tem alguma sugestão para melhorar o cuidado ao bebê pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso ao nascer na atenção básica ?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA



Ao assinar este termo forneço meu consentimento para participar da pesquisa que fará parte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem, conduzida pela Enfermeira Mestranda Luana Cláudia dos Passos Aires (pesquisadora principal) e orientada pela Profa.Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos (pesquisadora responsável).

Estou ciente que a pesquisa tem como objetivo **Investigar as percepções dos profissionais das equipes de saúde da atenção básica sobre sua participação no cuidado ao bebê egresso da terceira etapa do Método Canguru e sua família**

Estou orientado (a) que os dados serão coletados através de entrevista com áudio gravado e transcrito pela pesquisadora principal, e que os dados obtidos poderão ser utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou divulgação em eventos científicos. Fui informado (a) que em todas as publicações ou divulgações, será garantido o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à minha identificação como participante da pesquisa, sem acarretar ônus para mim em meu ambiente de trabalho ou para o serviço.

Compreendo que minha participação será combinada em conjunto com a pesquisadora principal, e por se tratar de uma pesquisa com seres humanos não é isenta de riscos aos participantes do estudo. No entanto, estou ciente que as pesquisadoras arcarão de forma a corrigir/reduzir eventuais danos que eu possa estar exposto (a), sendo que caso me sinta constrangido (a) para responder alguma questão posso recusar-me de fazê-lo. Minha participação na pesquisa é voluntária e poderei me negar a participar da mesma, bem como deixar de participar a qualquer momento sem qualquer penalização ou prejuízo a minha pessoa. Para isso, basta que eu comunique a decisão, por qualquer meio, à pesquisadora principal.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso o solicite. Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa poderão ser obtidas através dos contatos:

Pesquisadora principal:

Nome Completo: Luana Cláudia dos Passos Aires

Documento de Identificação: RG: 3396 566

Endereço completo: Rua Urussanga, 800. Bloco A, AP 401, Bucarein – Joinville/ SC. CEP:89202-400

Endereço de e-mail: luana_aires08@hotmail.com

Telefones: (047) 96044396 ou (048) 99033533

Pesquisadora responsável:

Nome Completo: Prof. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Documento de Identificação: RG:185772

Endereço completo: Rua Presidente Coutinho, 264, Centro – Florianópolis/SC. CEP: 88015-230

Endereço de e-mail: gregos@matrix.com.br

Telefones: (048) 32224682 ou (048) 99690135

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC)

Endereço completo: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade – Florianópolis/SC. CEP: 88040-900,

Localização: Biblioteca Universitária Central - Setor de Periódicos (térreo).

Endereço de e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Telefones: (48) 3721-9206 das 07 às 19 h.

Joinville, ____ de _____ de 2014.

Nome do profissional de Saúde:

Assinatura do profissional de Saúde:

Documento de Identidade:

Assinatura da pesquisadora principal:

ANEXOS

ANEXO A – DOCUMENTO DE ACOMPANHAMENTO DE
TERCEIRA ETAPA DA MDV

ACOMPANHAMENTO 3ª ETAPA



Nome da mãe : _____

Nome do RN : _____

Data de Nascimento: _____ Peso Nascimento: _____ IG

Nascimento: _____

Data Alta: _____ Peso Alta: _____ Idade Alta: _____

IG Corrigida Alta: _____ Comprimento Alta: _____

Perímetro Cefálico Alta: _____

DIAGNÓSTICOS:_____
_____**ALIMENTAÇÃO:** Seio materno exclusivo Seio materno + Complemento Leite Materno Oral Seio materno + Complemento Fórmula Fórmula**MEDICAÇÕES:**_____
_____**ACOMPANHAMENTO:** Ultrassom Crânio – data do último ____/____/____ Normal Alterado Avaliação Oftalmológica – data da última ____/____/____ Normal Alterado**OBSERVAÇÕES:**_____

ANEXO B – PROGRAMA BEBÊ PRECIOSO

PREFEITURA DE JOINVILLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SAÚDE DA CRIANÇA



JOINVILLE

2011



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE
PREFEITO
CARLITO MERS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SECRETÁRIO
TARCÍSIO CROCOMO

GERÊNCIA DE UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA
GERENTE
JANINE GUIMARÃES

ORGANIZAÇÃO
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO
FÁTIMA MUCHA - MÉDICA PEDIATRA
VIVIANE KARINA KOROVSKY - ENFERMEIRA



PARTICIPAÇÃO

SELMA CRISTINA FRANCO – MÉDICA PEDIATRA

TEREZINHA HILLESHEIM – ASSISTENTE SOCIAL

MARIA HONDINA DA ROCHA - PEDAGOGA

MARIA VOLPATO KROPIWIEC - ENFERMEIRA

JANAÍNA DE BITTENCOURT - ENFERMEIRA

COLABORAÇÃO

Equipe do Núcleo de Apoio Técnico da Secretaria Municipal de Saúde

Equipe da Referência da Secretaria Municipal de Saúde

Equipe da Regulação da Secretaria Municipal de Saúde

Equipe da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde

Equipe da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal da Maternidade Darcy Vargas

Equipe do Banco de Leite da Maternidade Darcy Vargas

Coordenadoras de Regional da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução.....	5
2. Objetivos do Programa.....	6
3. Critérios para Inclusão no Acompanhamento Prioritário	7
4. Avaliação dos critérios.....	8
5. Visita Hospitalar.....	9
6. Necessidades Especiais.....	10
7. A Equipe de Apoio a Atenção à Criança.....	11
8. Proposta de Calendário para atendimento de criança de alto risco.....	12
9. Conclusão	14
Anexos.....	34
- Formulário de Solicitação de Visita Hospitalar	
- Roteiro para a realização de visita Hospitalar	
- Roteiro de Visita Domiciliar da criança em situação de risco	
- O Bebê prematuro	

1. INTRODUÇÃO

O Programa Bebê Precioso surgiu da necessidade do acompanhamento das crianças em situação de risco de 0 a 11 meses e 29 dias, oriundos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que devido o avanço médico e tecnológico promovem a sobrevivência de Recém Nascidos (RNs) com peso e idade gestacional cada vez mais baixos.

Este programa integra a linha de cuidados da saúde da criança e visa reduzir a mortalidade infantil e abordar integralmente a criança em situação de risco, com promoção da sua qualidade de vida. A organização da assistência a criança é uma necessidade absoluta, já que pela maior vulnerabilidade demandam uma assistência qualificada e oportuna .

Desta forma, para estreitar os laços da assistência com aqueles que mais precisam é imprescindível a reorganização da assistência integral à criança com critérios de abordagem de risco e vigilância à saúde. Estas ações devem ser realizadas de forma cotidiana, com fluxos de atendimento visando atender as demandas de forma eficaz evitando desta forma os agravos.

A **abordagem de risco** garante que a atenção adequada (imediate e continuada), para cada recém-nascido (RN) em situação de risco será feita de forma oportuna. Significa responder de forma qualificada e resolutiva a situação em que pode haver graves prejuízos à saúde da criança em situação de risco.

A **vigilância à saúde** é definida como a postura ativa que o serviço deve assumir em situações de maior risco, direcionada a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando ações estratégicas específicas para minimizar os danos com o adequado acompanhamento de saúde. Significa intensificar o cuidado e não perder de vista aquelas pessoas com maior necessidade de atenção.

Neste processo de modelo de assistência à saúde é fundamental a **interlocução** entre os serviços, garantindo a continuidade da assistência após a alta hospitalar. A definição do fluxo para assistência do RN e criança em situação de risco é fundamental para orientar o seu caminhar na rede de saúde, com a definição da missão e responsabilidades de cada nível de assistência para atender oportunamente as suas necessidades.

Estas ações preveem a programação de:

- Identificação das crianças de risco do município o mais precocemente possível;
- Visitas hospitalares para conhecimento das condições de saúde das crianças em situação de risco;
- Visitas domiciliares para observação e intervenção de fatores que possam agravar o quadro da criança;
- Busca ativa daqueles sem o acompanhamento programado;
- Continuidade do cuidado de saúde, com a programação de agendamento de consultas e/ou visitas domiciliares frequentes, visando a resolução dos problemas para o desenvolvimento global da criança em situação de risco.

2. OBJETIVOS DO PROGRAMA

- Conhecer as crianças em situação de risco da área de abrangência de cada UBS/ESF que necessitam de acompanhamento prioritário após a alta hospitalar;
- Criar vínculo das equipes UBS/ESF com as crianças em situação de risco na faixa etária de zero a 11 meses e 29 dias identificadas no programa e com a sua família;
- Oferecer assistência qualificada de saúde de forma integral e responsável, com acolhimento, identificação de riscos à saúde, oferta de cuidado resolutivo e continuado;
- Monitoramento pela equipe técnica do Programa Saúde da Criança do acompanhamento realizado a esta população de risco. A forma de monitoramento dar-se-á:
 - Visitas técnicas (domiciliar/UBS), quando necessário, ou solicitado pelas equipes;
 - Através do monitoramento dos indicadores (percentual de crianças com visita solicitada relacionada ao quantitativo que está sendo acompanhado pelas UBS e a sobrevida no primeiro ano de vida destas crianças de risco).

3. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO ACOMPANHAMENTO PRIORITÁRIO

As equipes das UTI neonatais do município de Joinville identificam as crianças de 0 a 11 meses e 29 dias que necessitam de um acompanhamento prioritário no primeiro ano de vida, conforme os critérios de risco abaixo relacionados (Adaptado de Comitê de Follow-up da SOPERJ):

1) Asfixia Perinatal :

- Apgar ≤ 4 no 5º minuto;
- Clínica ou alteração laboratorial compatível com Síndrome hipóxico-isquêmica;
- Parada cardiorrespiratória documentada, com necessidade de reanimação e medicação;
- Apnéias repetidas;

2) Prematuro : com Peso de Nascimento ≤ 1.500 gramas ou com Idade Gestacional ≤ 33 semanas.

3) Problemas Neurológicos:

- Clínica neurológica: alterações tônicas, irritabilidade, choro persistente, abalos;
- Convulsão, equivalentes convulsivos ou uso de drogas anticonvulsivantes;
- Hemorragia intra-cerebral (documentada por ultrassonografia transfontanelar);
- Meningite neonatal;
- Crescimento anormal do perímetro cefálico;

4) Hiperbilirrubinemia: (com níveis para exsanguinotransfusão);

5) Policitemia Sintomática/Hiperviscosidade;

6) Hipoglicemia Sintomática (hipoglicemia que requer tratamento prolongado por mais de 5 dias);

7) Uso de Ventilação Mecânica com sequelas pulmonares;

8) Infecções Congênitas (citomegalovírus, herpes, rubéola, toxoplasmose, neurosífilis.

9) Malformações Congênitas maiores e Síndromes Genéticas graves;

10) Quadro de infecção grave (Meningite, Septicemia com sequelas);

11) Erros Inatos do Metabolismo (ex: mucopolissacaridoses; fibrose cística; glicogenoses; aminoacidopatias; intolerância aos açúcares; etc).

NOTA: Bebês filhos de mães com HIV positivo serão encaminhados para a Vigilância Sanitária para o Programa de transmissão vertical.

4. AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS

A inclusão das crianças no Programa Bebê Precioso é de responsabilidade das equipes das UTI neonatais que notificam a criança para o Núcleo de Apoio Técnico/Saúde da Criança solicitando acompanhamento prioritário.

Os casos descritos nos critérios de inclusão no programa podem:

4.1 Apresentar evolução satisfatória no ambiente hospitalar :

Nesta situação, a criança durante sua internação apresentou quadro clínico que se enquadra dentro dos critérios relacionados no programa, obtendo uma evolução satisfatória e não necessitando da visita da Equipe da Atenção Básica.

Quando a criança apresentar evolução favorável sem outras intercorrências, como por exemplo um prematuro de peso de nascimento ≤ 1.500 gramas ou com Idade Gestacional ≤ 33 semanas que só permaneceu na UTI para controles, este lactente será encaminhado para a Unidade de Saúde com sumário da alta hospitalar e deverá ser identificada no Programa Pequeno Príncipe como "Carinha Vermelha".

A consulta após a alta nestes casos, deverá ser priorizada pela equipe e agendada na Unidade de Saúde em até cinco dias úteis e as próximas consultas deverão ser pré-agendadas mensalmente/ ou conforme avaliação e solicitação médica.

Estes casos de evolução satisfatória no ambiente hospitalar não serão incluídos no Programa Bebê Precioso.

4.2 Serem graves e necessitar da visita da equipe da Unidade Básica de Saúde no hospital previamente à alta hospitalar:

As crianças que apresentaram quadro clínico dentro dos critérios do programa e estas condições ocasionaram atraso/dificuldade no seu desenvolvimento global, e/ou necessitaram de cuidados especiais, serão também acompanhadas pela equipe da Atenção Básica.

Para a solicitação da visita hospitalar deverá ser encaminhado pelas UTIN dos hospitais de Joinville o "Formulário de solicitação de visita hospitalar da Unidade de

Saúde” para o Programa Bebê precioso (em anexo) ou por email. bebeprecioso@saudejoinville.sc.gov.br ou fax para o Núcleo de Apoio Técnico/Saúde da Criança da Secretaria Municipal de Saúde (aos cuidados do Programa), previamente à alta hospitalar (antes de 7 dias).

A avaliação dos casos será realizada pelos técnicos responsáveis pelo Saúde da Criança na Atenção Básica do município, que efetuarão o contato com a Equipe da Unidade de Saúde a qual pertence a criança, para agendamento da visita hospitalar.

Nos períodos de recesso e feriados, os casos notificados ao Programa Bebê Precioso serão encaminhados imediatamente após este período para as equipes das Unidades de Saúde, desencadeado assim que viável, o processo de visita domiciliar e continuidade do cuidado.

A equipe técnica da Saúde da Criança informará aos Hospitais os períodos oficiais de recesso.

Nos casos de férias ou situações especiais que inviabilizem a visita hospitalar solicitamos que seja enviado um Comunicado Interno (CI) para a equipe do Saúde da Criança.

5. VISITA HOSPITALAR

Quando necessária a visita da equipe da Atenção Básica no hospital, esta deverá ser previamente agendada pela equipe da UBS/USF com o enfermeiro(a) da UTI neonatal. Deverá ser feita pelo médico(a) ou enfermeiro(a) da Unidade, se for necessário incluir o técnico/auxiliar de enfermagem e/ou Agente Comunitários de Saúde.

5.1 Objetivos da visita

A visita, que deverá ser efetuada em horário laboral, visa:

- Acolher a família;
- Conhecer o quadro clínico da criança;
- Conhecer suas necessidades (uso de sondas, oxigenioterapia, gastrostomia, fórmulas lácteas e especiais, outros);
- Identificar os fatores de risco da criança (prematuridade, alterações cardíacas, gástricas, outros);
- Programar a agenda de consultas diferenciadas na Unidade (sendo a primeira no máximo até 5 dias após a alta hospitalar).
- Nesta ocasião, deverá também ser programada a visita domiciliar para identificação de condições ambientais e o contexto biopsicosocial da família.

Nota: O Conselho Tutelar deverá ser acionado quando identificadas situações de risco para a criança. Sugerimos a parceria, nos casos sociais dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Local de Saúde e da escolha de um padrinho ou madrinha que deverá ajudar a monitorar os cuidados para esta família.

O encaminhamento para especialidades médicas quando solicitadas pelo médico assistente, deverá ser encaminhada e priorizada pela coordenação de Regional.

6. NECESSIDADES ESPECIAIS

Nos casos de necessidade de auxílio dos Programas Especiais (Oxigenioterapia, Colostomia) o hospital deverá fazer contato prévio a alta da criança com estes programas.

A requisição de materiais para uso domiciliar (gaze, sondas, seringas, luvas, soro fisiológico, esparadrapo) deverá ser feita pelo enfermeiro da Unidade de Saúde através do instrumento disponível na intranet "Requisição de Materiais para Uso Domiciliar".

A seguir, apresentamos os Programas de apoio vigentes da Prefeitura Municipal de Saúde:

Instituição/ Programa	Responsabilidade/missão	Endereço/telefone
Centrinho	Referência para casos de fissura lábio-palatal, deficiências auditivas.	Rua Borba Gato, s/nº, Atradores. Tel: 3433-1800
NAIPE	Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial. Possuem a missão de assistir integralmente a criança com deficiência mental, autismo, síndromes genéticas e com paralisia cerebral.	Rua plácido Olimpio Oliveira, 676, Bucarein. Tel: 3433-3836
Programa de Colostomias	Oferecem orientações sobre curativos de colostomias, colocações de bolsas e fornecimento de bolsas.	Polioclínica Boa Vista. Rua Helmutth Falfatter, 321, Boa Vista. Tel: 3433-0130/ 3433-1909.
Programa de Oxigenioterapia prolongada domiciliar	Responsabilidade de oferecer a oxigenioterapia, aparelho aspiradores (vaco), aparelho de CPAP e BIPAP.	Rua Inácio Bastos, 555. Bucarein, 2º piso. Tel: 3431-4547 Horário de funcionamento: 07:00 às 13:00
Secretaria da Assistência Social	Gestão da Política Municipal de Assistência Social e execução de serviços socioassistenciais. Encaminhar para a secretaria quando não houver CRAS na área de abrangência.	Rua Procópio Gomes, 749 Bucarein Tel: 3802-3700
Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)	CRAS – Jardim Paraiso.	Rua Crater, lateral da rua Jupiter. Fone 3427-2980. Atendimento das 08 às 17 horas.
	CRAS – Morro do Melo (Atendimento ao Idoso, encaminhamento para rede sócio educativas, girassol, eventuais vales transportes para atender emergências)	Rua Campo, nº 664, próximo a padaria Stefani. Fone: 3454-9092. Atendimento das 08 às 17 horas.
	CRAS – Paranaguamirim	Rua Antônio Wronski, nº 305, em frente ao colégio Joaquim Félix.

Instituição/ Programa	Responsabilidade/missão	Endereço/telefone
	(Atendimento curso girassol, trabalhos manuais, cadastro bolsa família, vale transporta para casos de emergência.	Fone: 3466-4270. Atendimento das 8 às 17 horas.
	CRAS – Parque Joinville (Cadastro bolsa família, grupo de convivência, grupo girassol, de dança).	Rua Helena Casagrande Ramos, nº 1218, próximo ao mercado Benvenuti. Atendimento das 8 às 17 horas.

7. PROPOSTA DE CALENDÁRIO PARA O ATENDIMENTO DO RN DE ALTO RISCO NA UBS

CALENDÁRIO PARA ACOMPANHAMENTO DO RN DE ALTO RISCO – CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	
IDADE	ATIVIDADE
1º ANO DE VIDA	
Durante internação	Visita da equipe da Unidade de Saúde no hospital; Visita domiciliar do ACS com o enfermeiro;
Pós-alta (até 5 dias)	Consulta com médico e enfermeiro na unidade de saúde. Agendar psicólogo para família se necessário.
1º mês	Consulta com médico
2º mês	Consulta com médico
3º mês	Consulta com médico
4º mês	Consulta com médico
5º mês	Consulta com enfermeiro
6º mês	Consulta com médico
7º mês	Consulta com médico
8º mês	Consulta com médico/ enfermeiro
9º mês	Consulta com enfermeiro
10º mês	Consulta com médico
11º mês	Consulta com enfermeiro
12º mês (1ano)	Consulta com médico/odontólogo
A PARTIR DO 2º ANO DE VIDA	
15º mês	Consulta com médico
18º mês	Consulta com médico
24º mês (2 anos)	Consulta com médico/odontólogo
30º mês	Consulta com médico
36º mês (3 anos)	Consulta com enfermeiro/odontólogo
42º mês	Consulta com médico
48º mês (4 anos)	Consulta com médico/odontólogo
54º mês	Consulta com médico
60º mês (5 anos)	Consulta com médico/odontólogo
Até 18 anos completos	Consulta anual médica

(Adaptação do BH Viva Criança).

O calendário citado acima serve como modelo, podendo sofrer alterações conforme a necessidade da criança e avaliação da equipe de saúde.

O RN de alto risco deverá manter as consultas nos ambulatórios de acompanhamento das maternidades ("follow-up") e adequar o calendário do Bebê Precioso conforme a necessidade. É importante destacar a importância do seguimento desta criança na UBS .O acompanhamento anual proposto nestes casos se deve às alterações que podem se evidenciar só na adolescência.

8. A EQUIPE DE APOIO NA ATENÇÃO À CRIANÇA

Cuidados com a família e recém-nascido na Unidade de Saúde:

Verificar se a criança em situação de risco apresenta fatores agravantes:

- residente em área de risco;
- mãe adolescente (< 19 anos);
- mãe com baixa instrução (< 8 anos);
- criança re-internada ou com intercorrências na maternidade /Unidade de assistência ao RN;
- criança com orientações especiais à alta da maternidade (prescrição de antibióticos, observação de icterícia, entre outros);
- história de morte de crianças < 5 anos na família;
- na Declaração de Nascido Vivo (DNV): peso ao nascer, idade gestacional, Apgar, endereço, idade e escolaridade materna.
- no sumário de alta da maternidade (verificar recomendações especiais)

8.1 Avaliação Geral (Equipe UBS)

- **Na criança:** avaliar o estado geral, se está ativa, corada, se tem icterícia, cianose, febre, hipotermia ou outro sinal de anormalidade; verificar aspecto do umbigo; questionar com a mãe/responsável se existem queixas e se as eliminações (fezes e urina) estão normais; manter continuidade do acompanhamento com retornos frequentes à Unidade e visita domiciliar. Agendar consulta com pediatra se necessário e verificar se o bebê está sendo acompanhado também pelo ambulatório de alto risco do hospital (ambulatório Maternidade Darcy Vargas).

- **A mãe:** se tem queixas, dor contínua no ventre ou nas mamas; seu estado geral, se está corada (pele e mucosas), se tem febre, se há corrimento com mau cheiro ou sangramento intenso, se a cicatriz cirúrgica está com bom aspecto (PN /oesárea); avaliar alterações emocionais no puerpério (depressão pós-parto); avaliar a interação com o bebê; se necessário encaminhar para consulta médica (especialista) ou manter continuidade do acompanhamento com retornos à unidade ou visita domiciliar. Se a mãe está em bom estado ge-

ral e sem queixas, orientar sobre cuidados após o parto, higiene, alimentação saudável no puerpério.

· **Amamentação:** identificar a forma como a mãe planeja alimentar o filho até os 2 anos de idade ou mais. Observar a formação do vínculo afetivo, a posição da mãe durante a amamentação, a posição da criança, a pega da aréola, o uso de artefatos que podem prejudicar o aleitamento materno, como mamadeiras, chucas e chupetas; verificar o aspecto das mamas, presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios ou infecciosos, existência de cicatrizes ou traumas e se existem dificuldades. Se detectadas alterações/dificuldades, encaminhar para avaliação pelo médico ou banco de leite, assim como para grupos de apoio à amamentação. Se a mãe apresenta sinais de infecção no peito (mastite), mais comum a partir do 14º dia após o parto, encaminhar imediatamente para atendimento de urgência em unidade especializada.

· **Confirmar:** a realização do teste do pezinho do bebê, assim como a triagem auditiva e teste do reflexo vermelho.

· **Verificar:** o calendário de vacina e indicação para a solicitação das vacinas especiais com as peculiaridades do esquema básico vacinal.

9. CONCLUSÃO

O desenvolvimento infantil está vinculado no correto manejo de cada fase do crescimento. Neste aspecto, o contexto biopsicossocial da família será a base de todo o processo e por isso a importância da identificação das situações de agravo.

A intervenção precoce nas crianças em situações de risco só é possível mediante um acompanhamento diferenciado, considerando principalmente o fator da vulnerabilidade da faixa etária proposta pelo Programa Bebê Precioso. A identificação e o suporte das necessidades básicas se insere neste contexto como fator precursor para gerar um prognóstico positivo em todas as situações de risco.

Mesmo em crianças com patologias definidas, é importante considerar o potencial intrínseco de cada criança; justificando sempre a intervenção o mais precoce possível através da assistência qualificada e oportuna, com abordagem de risco e vigilância em saúde, intensificando desta forma o cuidado com equidade.

O Programa Bebê Precioso se insere neste contexto como um mecanismo de promoção da saúde global visando reduzir a morbi-mortalidade e oportunizar um adequado nível de crescimento e desenvolvimento físico, mental e sócio-emocional.



Hospital Solicitante: _____
 Nome da Mãe: _____
 Nome da Criança: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____
 Endereço Residencial: _____
 Fone: _____
 Unidade de Saúde a qual pertence: _____

SUMÁRIO CLÍNICO DA CRIANÇA**Motivo de internação em UTI neonatal:**

- Apgar ≤ 4 no 5 minuto;
 Clínica ou alteração laboratorial compatível com Síndrome hipóxico-Isquêmica;
 Parada cardio-respiratória documentada, com necessidade de reanimação e medicação;
 Apnéias repetidas;
 Peso de Nascimento ≤ 1.500 grs;
 Idade Gestacional ≤ 33 semanas;
 Clínica neurológica: alterações tônicas, Irritabilidade, choro persistente, abalos;
 Convulsão, equivalentes convulsivos ou uso de drogas anticonvulsivantes;
 Hemorragia intra-cerebral (documentada por ultrasonografia transfontanelar);
 Meningite neonata;
 Crescimento anormal do perímetro cefálico;
 Hiperbilirrubinemia (com níveis para exangüíneotransfusão);
 Policitemia Sintomática/Hiperviscosidade;
 Hipoglicemia Sintomática (hipoglicemia que requer tratamento prolongado por mais de 3 dias);
 Uso de Ventilação Mecânica;
 Malformações Congênitas e Síndromes Genéticas;
 Quadro de Infecção grave (Meningite, Septicemia com seqüelas);
 Erros Inatos do metabolismo;
 Óbito Materno.

Tempo de Internação: _____

Quadro clínico atual da criança: _____

Medicações em uso: _____

Faz uso de sondas: () vesical () para alimentação

Faz uso de oxigênio terapia: () sim () não

Possui indicação para uso de fórmula (leites especiais): Qual: _____

Data provável da alta: ___/___/___

Requisitante: _____ CRM/COREN: _____

Assinatura, Data: ___/___/___

Após preenchimento de todos os dados, encaminhar via FAX (47) 34225103, email: [bebeprecioso@saude-joinville.sc.gov.br](mailto:bebeprecioso@saudeJoinville.sc.gov.br) ou malote para: Secretaria Municipal da Saúde, Saúde da criança, Rua Araranguá, nº 397, América, aos cuidados do Programa Bebê Precioso. Dúvidas telefone: 3481-5146


ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA VISITA HOSPITALAR – PROGRAMA BEBÊ PRECIOSOSUS


Data: __/__/__

Nome da Mãe: _____

Nome da Criança: _____ Idade: _____

Endereço Residencial: _____

Unidade de Saúde a qual pertence: _____

Fone: _____

Data de nascimento: __/__/__ Idade Gestacional: _____ IG Corrigida: _____

Peso do nascimento: _____ gramas Peso atual: _____ gramas.

Histórico da Criança: _____

Quadro Atual da Criança: _____

Medicações em uso: _____

Faz uso de sondas: () vesical () para alimentação

Faz uso de oxigénioterapia: () sim () não

Possui indicação para uso de fórmula (leites especiais):

Qual: _____

Data provável da alta: __/__/__.

- Acozher a família e fortalecer seu vínculo com a UBS;
- Orientar a respeito da importância do acompanhamento da criança na UBS;
- Programar a agenda de consultas diferenciadas na Unidade (Marcar a primeira no máximo até 5 dias após a alta hospitalar).
- Verificar/Incluir a criança no programa "Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE);
- Marcar a visita domiciliar do ACS para realização/atualização do "Cadastro de Residência de Usuários SUS".
- O conselho tutelar deverá ser acionado quando identificadas situações de risco para a criança.
- Sugerimos a parceria, nos casos sociais, do Conselho Local de Saúde, e da escolha de um padrinho ou madrinha que deverá ajudar a monitorar os cuidados para esta família.



**VISITA DOMICILIAR À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE RISCO E PUÉRPERA –
PROGRAMA BEBÊ PRECIOSO**

**DADOS GERAIS:**

Nome da Mãe: _____

Idade da Mãe: _____ Prontuário: _____ Área: _____ Micro-área: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Nome da Criança: _____

Data de Nascimento do bebê: ____/____/____ Fez Pré-Natal: () Não () Sim Local: _____

Já registrou o nascimento? () Sim () Não Se não, orientar sobre a Certidão de Nascimento Gratuita.

OBSERVE O RECÊM-NASCIDO:

Pele e Mucosas: () Hidratada, corada () Cianótica () Monilíase oral

() Monilíase perineal () Impetigo () Ictericia

() Outros: _____

Fontanelas (moleira): () Abaulada () Plana () Deprimida

Olhos: Secreção () Sim () Não Outro: _____

Respiração: () Normal () Alterada

Reflexos: () Normais () Alterados

Dificuldades para amamentar () sim () não

Pega está correta? () sim () não

A Criança já recebeu outro tipo de líquido? () sim () não

Se leite materno complementado: () leite em pó () leite em caixinha () leite saquinho () puro

() diluído

Eliminações: _____

Sono: _____

Recebeu as vacinas na Maternidade: () BCG () Hepatite B () Nenhuma

Solicitadas Vacinas Especiais: () Sim () Não

Realizou teste auditivo: () Sim () Não

Realizou teste do reflexo vermelho: () Sim () Não

Realizou o teste do pezinho: () Sim () Não

OBSERVE A MÃE

Estado Geral: () Triste () Queixosa () Higiene Adequada

Alimentação: () Adequada () Inadequada

Consumo de: () Alcool () Fumo () Drogas

Presença de fumantes na casa: () Sim () Não

Tipo de parto: _____

Tem febre? () Sim () Não

Amamentação: () Exclusiva () Artificial () Misto

Mamas: () Fissura () Mamilo plano () Ingurgitamento () mastite () dor
 Está tendo alguma dificuldade em amamentar o bebê: Qual?
 Episiotomia/clatriz da cesária: () Aberta () Dolorosa () Vermelha () Presença de secreção
 purulenta () **Notificação de infecção para a MDV**

Relacionamento: () Olha para o bebê () Sorri para o bebê () Fala sobre o bebê
 () Pega no colo

Involução Uterina () Sim () Não

Presença de Lóquios () Sim () Não Características: _____

Recebeu a vacina da rubéola: () Sim () Não

SITUAÇÃO DE MORADIA E SANEAMENTO

Tipo de casa: _____ 1) Tijolo/adobe 2) Madeira 3) Mista 4) Material aproveitado 5) Talpa revestida 6)
 Talpa não revestida 7) outro

Tamanho da casa: _____ quantidade de cômodos (peças) existentes

Destino do lixo: _____ 1) coletado 2) queimado 3) enterrado 4) jogado a céu aberto

Tratamento da água: _____ 1) filtração 2) fervura 3) cloração 4) sem tratamento

Energia elétrica: _____ 1) sim 2) não

Abastecimento de água: _____ 1) rede pública 2) poço 3) nascente 4) outra origem

Esgotamento sanitário: _____ 1) sistema de esgoto (rede pública) 2) fossa 3) céu aberto

Existem doentes na casa? () Sim () Não

Nome: _____ Doença: _____

Nome: _____ Doença: _____

Nome: _____ Doença: _____

Nome: _____ Doença: _____

Comentários: _____

CONSULTA PUERICULTURA NA UNIDADE DE SAÚDE DATA: ___/___/___

CONSULTA DE PUERPÉRIO DATA: ___/___/___

 Responsável/Data

REFERÊNCIAS

RUGOLO, L. M. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.81, n.1, p.1-17, mar. 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. BH Viva Criança – compromisso com a assistência integral à saúde da criança e do adolescente. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, p. 56, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA. Saúde da Criança – Linha de cuidado Integral. Prefeitura Municipal de Volta Redonda, p. 04, 2008.

ANEXO

O BEBÊ PREMATURO

Alimentação - A introdução de alimentos novos nas crianças prematuras segue o mesmo padrão aplicado as crianças nascidas a termo, com algumas considerações que podem ser aplicadas a qualquer bebê .

Amamentação - o papel do aleitamento materno sob o ponto de vista nutricional, imunológico e afetivo, já tem sido por demais divulgado; porém é especialmente importante nas crianças com possibilidade de algum déficit. O toque, o cheiro, os batimentos cardíacos e a voz da mãe, o olhar enamorado mãe-bebê consistem na mais completa e prazerosa estimulação sensorial, repetida inúmeras vezes durante o dia. A sua estimulação e manutenção pelo maior tempo possível é um privilégio para aquela criança, o vínculo afetivo que se refaz e consolida talvez seja o maior benefício dado a uma criança deficiente; que irá precisar disso de forma essencial.

A introdução da colher - a introdução de alimentos de maior consistência deve ser feito sem pressa. São muitas mudanças ao mesmo tempo: sabor novo (frutas/sopa), consistência espessada/granulada, objeto estranho/colher - o qual é mais rígido e frio que o seio materno ou o bico da mamadeira. Por tudo isso procuramos fazê-lo gradualmente, recomendamos o uso de colheres emborrachadas e aguardamos até os 4 ou 6 meses; quando o bebê deverá ter um desenvolvimento dos órgãos fonoarticulatórios compatível com a função de deglutição. Algumas crianças apresentam o reflexo de vômito abolido/exacerbado pelo uso prolongado de sondas (SOG) e tubos oro-traqueais, outras por um comprometimento neurológico podem apresentar uma sucção débil e incoordenação a deglutição; devendo ser encaminhadas precocemente a especialista.

Constipação - a criança com disfunção neuromotora tipo espástica (paralisia cerebral), apresenta frequentemente constipação intestinal por vários motivos: dificuldade de mastigação, pouca ingestão de água e fibras, permanece muito tempo nas posturas

deitada/sentada. Deve-se tentar contornar o problema adequando a alimentação da criança com uma dieta laxante, rica em fibras.

Sono - frequentemente os pais se queixam que o bebê dorme pouco a noite. É natural que isto aconteça já que geralmente num ambiente de UTI-Neonatal, não há diferenciação dia-noite, os ruídos, a luminosidade e a atividade são praticamente mantidos todo o tempo; dificultando a instalação natural de um ritmo circadiano.

Recomendamos então que se permita esta diferenciação no ambiente doméstico, evitando alterações no ritmo normal da casa ou que o bebê seja mantido num quarto na penumbra; aguardando com paciência que este ritmo se instale com o amadurecimento do bebê.

Colo - Alguns bebês, demonstram desagrado quando tocados ou acariciados; o que gera na mãe um sentimento de rejeição e culpa. Esses RNs geralmente prematuros, pela permanência na UTI, muitas vezes costumam associar o toque a um procedimento desconfortável ou até mesmo doloroso que fazem parte da rotina diagnóstica ou terapêutica. Os bebês com irritabilidade de origem neurológica, choro persistente e imotivado também são crianças de difícil manejo, que devem ser "trabalhadas" com muito amor e paciência pela mãe e cabe à equipe de saúde tentar facilitar esse vínculo compreendendo as ansiedades maternas. O acompanhamento psicológico da família é de extrema importância.

ANEMIA DA PREMATURIDADE

Observada no período neonatal e meses subsequentes sobretudo nos RNs prematuros com peso <1500 gramas, corresponde a anemia fisiológica do RN a termo. É agravada pelos problemas clínicos e/ou cirúrgicos destes bebês, além das perdas no período neonatal para realização de exames complementares e sua maior velocidade de crescimento. Seu manuseio durante a internação na UTI-Neonatal usualmente requer múltiplas transfusões e deve considerar a necessidade de suplementação das deficiências existentes. Na rotina o acompanhamento deve constar de avaliação dos sinais e sintomas da anemia, da correta suplementação de ferro, da verificação do hematócrito, hemoglobina e reticulócitos, até sua estabilização.

Ferro e Vitaminas nos casos de recém nascido prematuro, de baixo peso e pequeno para a idade gestacional (prescrição médica):

- Sulfato ferroso: a partir da 4.ª semana (RNPT, RNBP e RN PIG):
- Peso de Nascimento (PN) >1500g: 2mg/kg/dia até 1º ano e 1mg/kg/dia até 2º ano;
- PN 1000-1500g: 3mg/kg/dia até 1º ano e 1mg/kg/dia até 2º ano;
- PN<1000g: 4 mg/kg/dia até 1º ano e 1mg/kg/dia até 2º ano.

-Ácido fólico: a partir do 7.º dia

-50-65 microgramas/dia até P = 2.000 - 2.500g;

-Polivitamínico - a partir do 7.º dia

Protovit 8gts 2x/dia; se não disponível usar o AD-TIL - (Vitamina A+D) – 400-800U 2gts/dia.

OSTEOPENIA DA PREMATURIDADE

Corresponde a diminuição da densidade óssea observada em 50% dos RNs prematuros com peso < 1.500 gramas ao nascer, entre 3 e 12 semanas de idade pós-natal. Decorre do aporte insuficiente de Cálcio(Ca) e Fósforo(P) devido a limitações nutricionais neste grupo de RNs e agravada por terapia crônica com diuréticos. O diagnóstico é suspeitado quando são baixos os valores das dosagens de Ca e P, com Fosfatase Alcalina > 450 mu/ml, com ou sem evidencias radiológicas de raquitismo. O acompanhamento deve ser feito com exames bioquímicos até sua estabilização. O leite humano e as formulas artificiais disponíveis possuem quantidades insuficientes de Ca, P e Vit.D, no entanto com o uso de formulas especiais para prematuros tem se observado diminuição da incidência de osteopenia. Quando necessária, a suplementação deve ser feita com Ca e P, iniciando-se com doses baixas e aumentos progressivos monitorizando as dosagens séricas e a tolerância do bebê.

A suplementação (prescrição médica) pode ser feita com Fosfato tribásico de cálcio 3,19g/100ml água (manipulado em farmácias magistrais) -2ml/kg/dia, 2 a 4 vezes/dia, nos intervalos das mamadas. Em geral, nos casos em que há necessidade, eles já recebem alta com receita.

BRONCODISPLASIA (BDP)

Com o aprimoramento do suporte ventilatório e terapêutica com surfactante cada vez é maior a incidência de BDP nos RNs sobreviventes de UTI-Neonatal. Os cuidados nas consultas nos casos graves priorizam:

- a) monitorização do estado nutricional - a mãe é orientada a oferecer dieta com maior aporte calórico e restrição de volume.
- b) avaliação do quadro respiratório - o Pediatra/especialista deve reajustar as doses das medicações em uso (diuréticos, teofilina e/ou digital), informar a mãe dos sintomas em caso de intoxicação e orientar sobre posturas e fisioterapia respiratória.

REFLUXO GASTRO-ESOFAGIANO

Patologia muito frequente em RNs prematuros e também nos casos de RNs com sequelas neurológicas, sendo responsável por quadros graves e até fatais de pneumonias de aspiração. Nos quadros mais leves observa-se irritabilidade consequente a dor ocasionada pela esofagite. Cabe ao Pediatra/equipe de saúde na consulta orientar sobre:

- a) postura da criança - decúbito lateral esquerdo com cabeça elevada.
- b) prescrição da dieta – manter aleitamento materno e caso não esteja em aleitamento iniciar com fórmula láctea adequada para a idade.
- c) medicação específica conforme cada caso.

CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

Necessitam de acompanhamento por Cardiologista Pediátrico. Ao médico cabe a avaliação nutricional, o controle da medicação em uso e a orientação a mãe sobre restrição ou não das atividades de vida diária segundo cada caso.

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

CONVULSÃO - É sem dúvida o sinal mais frequente de disfunção neurológica nas crianças com diagnóstico de síndrome hipóxico-iscêmica, hemorragia intra-craniana e meningite no período neonatal. É importante o acompanhamento do exame neurológico da criança com o Neuropediatra para diagnóstico ou exclusão de outras patologias; além

do controle da dosagem dos anti-convulsivantes em uso, observação de seus efeitos colaterais/adversos, dosagens periódicas de nível sérico e avaliação criteriosa da suspensão do tratamento.

HIDROCEFALIA - É o acúmulo anormal de LCR nos ventrículos cerebrais, tendo como causas mais frequentes: a obstrução no sistema de drenagem, infecções congênicas, hemorragia intra-ventricular, meningite neonatal ou secundária a correção cirúrgica de mielomeningocele. Nas consultas destas crianças é importante a medida mensal do perímetro cefálico (PC), o acompanhamento periódico com especialista e a observação do funcionamento da derivação ventrículo-peritoneal (DVP) pela família que deve estar apta a perceber sinais de infecção e obstrução.

PROBLEMAS CIRÚRGICOS E ORTOPÉDICOS

HÉRNIA INGUINAL E UMBILICAL - São patologias de alta incidência em RNs prematuros. A correção cirúrgica na hérnia inguinal deve ser feita precocemente para diminuir o risco de uma cirurgia de emergência por encarceramento. A mãe deve estar orientada quanto aos sinais e manuseio para sua redução. A correção cirúrgica geralmente é feita após a recuperação ponderal do bebê e se possível após 44 sem de idade corrigida para diminuir a incidência de apnéia no pós-operatório, permitindo também uma melhor integração na família após internação prolongada na UTI.

OUTROS PROBLEMAS CIRÚRGICOS - Como catarata congênita, estrabismo ou ortopédicos como pé torto congênito, luxação do quadril (congênita ou secundária a espasticidade); devem ser conduzidos pelo especialista.

CRESCIMENTO DE CRIANÇAS DE RISCO

Para a equipe de saúde as medidas de Peso (P), Comprimento (C), e Perímetro Cefálico (PC) constituem a primeira ação a ser praticada independente do motivo da consulta. Estas medidas fornecem um dos mais simples e melhores parâmetros de avaliação do bem estar da criança.

O CRESCIMENTO DO PREMATURO

As crianças prematuras possuem um padrão próprio de crescimento e este é classificado em 4 fases, que variam de dias a semanas, em função de diversas condições como a idade gestacional e a duração da doença inicial. Este conhecimento nos ajuda a identificar a fase de crescimento de determinada criança e o padrão esperado para o seu crescimento.

FASE 1 : RETARDO DO CRESCIMENTO

A primeira fase é a do retardo do crescimento e corresponde a fase de doença inicial, logo após o nascimento. Pode ser comparada a pequena perda de peso inicial do RN a termo e sadio. A fase de retardo do crescimento é maior quanto: menor a idade gestacional, menor o peso de nascimento, maior a severidade e duração da doença inicial e maior a restrição nutricional pós-natal. Os bebês PIG costumam apresentar na vida pós-natal uma fase inicial de retardo do crescimento muito curta ou mesmo inexistente.

FASE 2 : TRANSIÇÃO

A fase de transição ocorre com a estabilização das intercorrências clínicas e com o melhor aporte calórico. Um lento crescimento se inicia marcando a transição entre o retardo do crescimento e a fase de crescimento de recuperação ou "catch-up". A perda de peso para e começa um discreto aumento do PC e do comprimento. Nos PIG é marcada por um aumento do PC que pode sugerir hidrocefalia a inspeção.

FASE 3 : CRESCIMENTO DE RECUPERAÇÃO "CATCH-UP"

Esta fase é caracterizada por um aumento rápido do peso, comprimento e PC com sua velocidade de crescimento acelerada ultrapassando a encontrada na população geral de crianças a termo. O ambiente favorável tem papel importante no estímulo a fase de "catch-up", tornando-a maior. Crianças prematuras sem problemas clínicos, vão apresentar seu máximo "catch-up" entre 36 e 44 semanas. Em relação ao PC observa-se o "catch-up" máximo entre 30 e 40 semanas. Esta fase pode durar de 6 a 9 meses de idade pós-natal, estando suas medidas ao final do primeiro ano, entre os percentis 10 e 90 dos gráficos padrões.

O "catch-up" dos PIG constitui um dos principais determinantes do seu

comprimento. Quando não se inicia até os 9 meses e não alcança percentis mais elevados até os 2 anos, dificilmente o fará.

FASE 4 : HOMEORREXE:

A última fase, de homeorrexe ou de equilíbrio é caracterizada por uma velocidade de crescimento comparável a das crianças normais.

QUANDO USAR A IDADE CORRIGIDA

Ao utilizarmos gráficos ou padrões de crescimento de crianças normais, é necessário que usemos a idade corrigida na averiguação das medidas de peso, comprimento e PC, para evitar erros de interpretação.

Idade corrigida é a idade pós-natal menos o número de semanas que faltou entre o nascimento prematuro e o referencial de 40 semanas (é a diferença entre 40 semanas e a idade gestacional).

- . O PC deve ser usado com a idade corrigida até os 18 meses.
- . O Peso deve ser corrigido até 24 meses, quando então esta diferença não é mais significativa.
- . O comprimento até os 3 anos e 6 meses, ainda assim pode persistir uma diferença de 1 a 2 cm em relação a população geral.

SINAIS DE BOM PROGNÓSTICO

- . Aumento de peso, PC e comprimento nos 6 primeiros meses após a alta.
- . RNs PIG que apresentam "catch-up" no 1º ano de vida.
- . RNs prematuros com episódios intermitentes de crescimento acelerado até os 3 anos de vida.
- . "Catch-up" do crescimento do PC com 8 semanas de idade corrigida.
- . PC adequado aos 8 meses de idade corrigida.

SINAIS DE ALERTA :

- . Ganho ponderal insuficiente ou perda > que 10% após a alta.
- . Aumento do PC proporcionalmente menor que o peso e comprimento.

- . RNs prematuros que não apresentam "catch-up" expressivo ao fim do 1º ano .
- . Aumento do PC > 1,75 cm por semana

DESENVOLVIMENTO MOTOR NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

O desenvolvimento normal é caracterizado pela maturação gradual do controle postural, pelo desaparecimento dos reflexos primitivos em torno de 4 a 6 meses de idade (Moro, Reflexo tônico cervical assimétrico (RTCA), Galant, reflexos plantares, reflexos orais); e pela evolução das reações posturais (retificação e equilíbrio). Na avaliação dos reflexos primitivos cabe lembrar que mesmo quando presentes na idade esperada, deve-se observar se a sua intensidade é adequada para aquela fase.

Reflexo de Galant: examinado em Decúbito Ventral ou com a criança suspensa de barriga para baixo. O examinador passa um dedo paralelamente à coluna, desde a última costela à crista ilíaca. A resposta consiste em flexão lateral na direção do estímulo. Ela está presente desde o nascimento, podendo ser desencadeada durante as primeiras 6 a 8 semanas.

Reflexo de Moro: o examinador segura a criança apoiando sua cabeça e tronco. Retira a seguir o apoio da cabeça, deixando-a cair para trás, dentro de sua mão. A súbita perda de controle sobre a cabeça assusta o lactente; ele reage estendendo os braços num amplo movimento de abraço, de mãos abertas e dedos em abdução. Os membros inferiores também podem apresentar extensão, mas esta resposta varia; ela se acompanha muitas vezes de choro. O reflexo está presente desde o nascimento até 2 ou 3 meses.

Reflexo Tônico Cervical Assimétrico: paciente em Decúbito dorsal. A resposta parece ser desencadeada pela distensão aplicada sobre a musculatura do pescoço. O examinador vira a cabeça do lactente para um lado, observando e palpando a reação nos membros da criança. Ele observa a extensão de braço e perna, no lado para o qual está voltada a face, enquanto os membros do lado correspondente à região occipital entram em flexão. Presente durante os 2 ou 3 meses de vida, trata-se porém de uma posição transitória e não permanente. Pode ser anormal quando persiste além dos 6 meses.

Independente da idade da criança, ao ser avaliada, esta deve ser observada em tantas situações diferentes quanto possíveis: no colo da mãe ou livremente, ainda vestida, quando está sendo alimentada, entre outras.

Além disso a criança deve ser avaliada nas posturas abaixo assim como nas

mudanças de uma postura para outra:

- SUPINO (decúbito dorsal)
- PRONO (decúbito ventral)
- LATERAL
- SUSPENSÃO VENTRAL
- PUXADO PARA SENTAR
- SENTADO
- DE PÉ
- NAS MUDANÇAS DE POSTURA

Seguem abaixo, de maneira sucinta, alguns dados relevantes do desenvolvimento até os 2 anos de idade.

DESENVOLVIMENTO AOS 18 MESES

Até este período a criança encontra-se em fase de aquisição de habilidades, passando a fase de aperfeiçoamento. Nesta idade observamos as seguintes condutas motoras, motora fina e adaptativa:

- = POSTURAS: troca de posturas com facilidade.
- = MARCHA: mais estável e com dissociação das cinturas escapular e pélvica, bom equilíbrio, cai raras vezes, abaixa-se e pega um objeto no chão, anda segurando objetos.
- = ESCADA: sobe escada com apoio, um degrau de cada vez e pula com os dois pés juntos
- = BOLA: atira com as mãos (de pé), algumas se sentam no chão para jogar bola
- = Empilha 3 ou 4 cubos sem ajuda
- = Faz encaixes de formas simples
- = Folheia paginas de livro, 2 ou 3 de cada vez
- = Usa o indicador seletivamente
- = Segura o lápis com preensão primitiva
- = Nomeia partes do corpo
- = Participa ativamente no vestir, despir, banho e alimentação
- = Inicia controle esfinteriano

DESENVOLVIMENTO AOS 24 MESES

Nesta idade completa-se o desenvolvimento sensoriomotor. Observam-se as seguintes habilidades:

- = **MARCHA / EQUILÍBRIO:** corre bem e não cai, mantém-se com equilíbrio sobre uma perna, pula com um pé, chuta bola
- = **ESCADA:** sobe com passos alternados, desce com apoio no corrimão (sózinho)
- = **Constrói torre com 6 cubos (sem ajuda) e alinha na horizontal 2 ou mais**
- = **Faz encaixes com maior facilidade**
- = **Vira as páginas de um livro, uma a uma**
- = **Usa o lápis com preensão adulta, imita rabiscos circulares**
- = **Atividades de Vida Diária com maior destreza: desamarra laços, tenta desabotoar come sozinha, controle esfinteriano adquirido ou em fase de aquisição.**
- = **LINGUAGEM:** abandonou o "jargão" (imitação da conversa), usa frases curtas de 2 ou 3 palavras, expressa-se com eu, mim, você (pode não ser correto), nomeia 3 ou mais figuras e identifica 5 ou mais figuras.

SINAIS DE ALERTA: SUGESTIVO DE DISFUNÇÃO NEUROMOTORA

Comportamento estereotipado, pobreza de movimentos ou movimento excessivo e desorganizado.

Irritabilidade ou choro extremos; não sorri aos três meses.

Controle pobre de cabeça depois dos três meses de idade; controle e alinhamento pobres de cabeça; a face não se encontra no plano vertical quando em prono (dec. ventral).

Persistente elevação da cintura escapular, protração (ombros para frente) ou retração escapular.

Hiperextensão da cabeça e pescoço; no colo ou quando sentado tenta constantemente se jogar para trás.

Usa somente um lado do corpo ou apenas os braços para se arrastar.

Hipotonia: dificuldade de se manter nas posturas, de acordo com sua faixa etária; não se senta sem apoio aos 8 meses; com "postura de sapo" dos membros inferiores.

Hipertonia: Pernas ou braços rígidos pelo aumento do tonus; pode ser observada pela dificuldade de repousar o corpo sobre uma superfície de suporte ou pela pobreza / dificuldade de realizar movimentos ativos ou passivos.

Extensão incompleta do quadril, a pélvis se mostra persistentemente deslocada anteriormente ou posteriormente.

Tonus de eixo diminuído (cabeça e tronco) combinado a um tonus distal aumentado: mãos persistentemente fechadas em pronação e rotação interna dos braços.

Padrão extensor pronunciado das pernas; com adução e dedos do pé em garra.

Dificuldades de alimentação devido a sucção e deglutição deficientes, projeção de língua, reflexo de vômito exacerbado.

AVALIAÇÃO DA VISÃO

A visão desempenha um papel importante no desenvolvimento normal de um criança. É uma função complexa que depende da integração de mecanismos anatômicos e neurofisiológicos (retina vias ópticas e córtex visual).

A percepção visual de um objeto estimula e contribui para a maturação neurofisiológica do sistema de visão. A privação de estímulos visuais adequados desde o nascimento até os nove anos de idade (período crítico) pode levar ao desenvolvimento anormal da visão.

É importante verificar se foi realizado o Teste do Reflexo Vermelho (olhinho) no Hospital após o nascimento. Nos casos de bebês menores de 1500 gramas ao nascimento e abaixo de 32 semanas, e que tenha necessitado de Oxigênio/transusão sanguínea/Hemorragia Peri-intraventricular/sepsis/gemelar, deve ser visto se foi realizado mapeamento de retina para afastar Retinopatia da Prematuridade e nestas situações encaminhar para oftalmologista se necessário.

FATORES DE RISCO PARA PROBLEMAS VISUAIS

História Perinatal: Pré-eclâmpsia, infecção congênita confirmada ou suspeita, diabetes materno, uso de anti-histamínicos no final da gestação, agentes teratogênicos (alcoolismo, uso crônico de difenil-hidantoína, irradiação abdominal), prematuridade, RN

pequeno para idade gestacional, parto traumático.

História Familiar: Erros de refração (pais ou famílias que usam óculos de grau médio ou forte), retinoblastoma, cegueira familiar, estrabismo, catarata, glaucoma, consanguinidade.

História da doença atual: Patologias neurológicas (hidrocefalia, craniostenose, paralisia cerebral, espinha bífida, deficiência mental), síndromes cromossômicas, erros inatos do metabolismo, uso crônico de corticóide, suspeita dos pais de comportamento visual anormal.

SINAIS DE ALERTA PARA DISTÚRBIOS VISUAIS

- a) a criança pisca mais que o usual.
- b) esfrega os olhos frequentemente.
- c) apresenta estrabismo quando olha para objetos distantes.
- d) franze o rosto frequentemente ou inclina a cabeça para um lado.
- e) fecha ou cobre um olho.
- f) segura os objetos próximos ao rosto.
- g) demonstra desconforto a luz forte.
- h) tem as pálpebras avermelhadas ou as fecham.
- i) desenvolvem frequentemente inflamações nas pálpebras.
- j) queixa-se de dor nos olhos.

PATOLOGIAS FREQUENTES

ESTRABISMO = é o alinhamento ocular anormal, as vezes acompanhado de posição anômala da cabeça. Um dos olhos pode estar desviado para dentro, para fora, para cima ou para baixo. O estrabismo fixo nas primeiras semanas de vida é anormal. Toda criança portadora de comportamento ocular anormal, deve ser encaminhada ao oftalmologista. Lembrar que o tratamento cirúrgico de alguns tipos de estrabismo deve ser efetuado precocemente, antes dos 12 meses de vida.

AMBLIOPIA = é uma baixa da acuidade visual sem lesão orgânica. A criança escolhe inconscientemente o olho de melhor visão abolindo a visão do olho mais fraco, para evitar uma imagem dupla. A detecção precoce é fundamental para o desenvolvimento da visão binocular.

ERROS DE REFRAÇÃO = a hipermetropia, miopia e astigmatismo são os erros de

refração mais frequentes na infância. Devem ser corrigidos precocemente para evitar a ambliopia.

OUTRAS PATOLOGIAS = observamos nos bebês de risco: catarata e glaucoma entre outras, cujo tratamento é cirúrgico e deve ser feito imediatamente após o diagnóstico.

RETINOPATIA DA PREMATURIDADE

Essa doença conhecida desde 1942, é a principal causa de cegueira infantil nos EUA com vários trabalhos ainda em curso para melhor elucidação de sua etiologia e fisiopatologia.

FATORES DE RISCO

- a) Peso ao nascimento = especialmente abaixo de 1.250
- b) Idade Gestacional = menor que 36 sem de IG
- c) Uso de Oxigenoterapia
- d) Outros Fatores = deficiência de vitamina E, transfusões sanguíneas, hipercapnia, hemorragia intra-ventricular e apneias recorrentes.

AVALIAÇÃO DA AUDIÇÃO

"Surdez na infância é uma das mais sérias limitações que pode ocorrer a uma criança pequena, porque ela não permite que se atinja um desenvolvimento ótimo e afeta a relação com o mundo em que vive. O médico tem uma responsabilidade primordial em relação a criança surda: ele tem que estar consciente da desordem e de suas implicações, bem como, dos meios para assegurar o manejo ideal da criança, que vai do diagnóstico, passando pelo tratamento, até o desenvolvimento ideal. Com paciência, compreensão e dedicação, o medico pode ser o agente mais importante na adaptação da criança surda a nossa complexa sociedade."

FATORES DE RISCO PARA SURDEZ

A seguir listaremos os fatores de risco em dois grupos etários: período neonatal e crianças até 2 anos de idade.

A) NO PERÍODO NEONATAL:

1. HISTÓRIA FAMILIAR = história familiar de surdez sensório-neural congênita ou de aparecimento tardio na infância: é necessário pesquisar surdez no período da infância em todos os familiares retrocedendo pelo menos três gerações.

2. INFEÇÕES CONGÊNITAS = Toxoplasmose, citomegalovírus, rubéola, sífilis e herpes: a perda auditiva pode ser tardia e progressiva, é indicada testagem anual até a entrada na escola.

3. ANOMALIAS CONGÊNITAS = principalmente cranio-faciais:

- anormalidades do pavilhão auricular: mal-formado, pequeno, implantação baixa ou ausente
- atresia ou estenose do conduto auditivo externo
- proeminências, depressões ou cistos pré-auriculares
- anomalias faciais: micrognatia, lábio leporino, etc.
- fenda palatal, palato em ogiva
- desproporção da calota craniana
- anormalidades oculares hipertelorismo ocular, nistagmo, paralisia óculo-motora, cório-retinite e colobomas
- anormalidades pigmentares de cabelo, pele e olhos
- cardiopatia congênita (p. ex: rubéola congênita)
- anomalias do trato gênito-urinário

4. PESO AO NASCER:

- < 1.500 grs
- < 2.500 grs proveniente de UTI-neonatal
- > 2.500 grs com convulsões e hemorragia intracraniana e os outros fatores de risco citados

5. HIPERBILIRRUBINEMIA = Níveis de bilirubina que excedam as indicações de exsanguinotransfusão, especialmente quando associado a: asfixia, isquemia, acidose, sépsis, meningite, hipotermia, hipoalbuminemia, drogas ou hiperosmolaridade.

6. MEDICAÇÕES OTOTÓXICAS:

- aminoglicosídeos (não exclusivamente) tempo de uso > 5 dias

- diuréticos de alça uso prolongado ou em combinação com aminoglicosídeos

7. MENINGITE BACTERIANA

8. ASFIXIA SEVERA = Depressão severa ao nascer, APGAR de 0 a 3 no 5º minuto; ausência de respiração espontânea até os 10 minutos de vida, hipotonia que persista por 2 horas de vida.

9. VENTILAÇÃO MECÂNICA = Ventilação mecânica prolongada (>10 dias) e Hipertensão Pulmonar Persistente.

10. SÍNDROMES = Eventualmente cursam com surdez, p.ex: Síndrome de Usher, de Cockayne, de Alport, de Hermann, de Lewis, de Crouzon, de Albers-Schonberg, osteogênese imperfecta, de Tay-Sachs, de Wilson, etc...

11. HOSPITALIZAÇÃO > que 2 MESES

12. CONSANGÜINIDADE

B) CRIANÇAS ATÉ 2 ANOS DE IDADE:*

1. SUSPEITA DOS PAIS = Suspeitas dos pais em relação a audição, linguagem e fala e/ou atraso no desenvolvimento.

2. MENINGITE BACTERIANA = A perda auditiva pode se desenvolver algum tempo após a infecção podendo ser progressiva, acometendo até 20% dos casos, sendo mais frequentemente secundária ao *Haemophilus influenzae*.

3. SURDEZ PROGRESSIVA

4. TRAUMA CRANIANO = Especialmente com fratura longitudinal ou transversa do osso temporal

5. SÍNDROMES

6. MEDICAÇÕES OTOTÓXICA

7. DESORDENS NEURODEGENERATIVAS = Crianças com doenças como: neurofibromatose, epilepsia mioclônica, doença de Wernig-Hoffman, d.de Tay-Sachs, d.de

Gaucher, leucodistrofia metacromática, neuropatia desmielinizante infantil.

8. DOENÇAS INFECCIOSAS = Sarampo e caxumba (parece ser a causa mais comum de surdez sensório-neural unilateral).

* adaptado do Joint Committee on Infant Hearing - 1990 Position Statement

RESPOSTAS FALSAS MAIS COMUNS:

- a criança pode responder a sons mais altos e não a outros, o que pode confundir os pais ou o examinador .
- pode perceber a pista visual que acompanha o som, a criança surda é mais vigilante visualmente que a criança normal.
- resposta a vibração, p. ex.: assustar-se com uma batida na mesa de exame.

SINAIS DE ALERTA PARA SURDEZ:

4 MESES	criança não acorda ou não se mexe em resposta a fala ou barulho, logo que começa a dormir em um quarto tranquilo
4 a 5 MESES	criança não vira a cabeça ou os olhos para a fonte sonora (não pode ser dada nenhuma pista visual)
6 MESES	criança não se vira propositamente em direção a fonte sonora (sem pista visual)
8 MESES	criança não tenta imitar os sons feitos pelos pais *
8 a 12 MESES	perda da variedade na melodia e sons durante a silabação
12 MESES	sem entendimento aparente de frases simples (não pode envolver pistas visuais/gestuais ou experiências anteriores do que foi solicitado)
2 ANOS	fala pouco ou ausente
3 ANOS	fala na maior parte ininteligível, muitas omissões de consoantes iniciais, criança não usa frases com 2 a 3 palavras, e fala principalmente vogais.
5 ANOS	o final das palavras está sempre faltando

* Até aproximadamente os 6 meses uma criança surda emite os mesmos sons que uma criança normal, vocaliza livremente e aumentará sua emissão quando a mãe estiver presente. São respostas indicadoras de desenvolvimento social, não necessariamente da sua habilidade de ouvir. As alterações de linguagem começam a surgir por volta de 8 meses, devido a ausência do feed-back auditivo.

DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

O conhecimento do desenvolvimento normal da linguagem permite que os profissionais que lidam com crianças que apresentam distúrbios, observem precocemente

algum déficit e possam ser encaminhados para serviços especializados. Abaixo incluímos a tabela com a evolução da linguagem no período de 9 a 30 meses.

IDADE	PROCESSAMENTO DA LINGUAGEM	PRODUÇÃO DA LINGUAGEM
9 - 15 meses		Diz "mama" ou "papa" ou outra palavra
9 - 18 meses		Imita palavras como: "neném", "bala", "mais" e "calor".
13 - 14 meses		Tenta cantar melodias simples como "Parabéns pra você"
10 - 23 meses		Fala 2 palavras de uma só vez. Usa gestos significativos como "apontar o que deseja".
15 - 16 meses	Compreende perguntas simples. Aponta para seu próprio nariz, olho, boca, ou outra parte do corpo requisitada.	Vocaliza bastante e imita muita coisa. Vocabulário entre 5 e 10 palavras. Usa frases de 2 palavras ou frases curtas. Usa jargão expressivo. Fala de 4 a 7 palavras com perfeita pronúncia.
13 - 27 meses		Nomema objetos quando presentes como: "bola", "copo", "carro", etc.
14 - 26 meses	Responde a ordens para ações simples como: "coloque a boneca em cima da mesa", "da leite pro neném", limpa o nariz do neném", etc...	
14 - 27 meses		Usa palavras para expressar seus desejos.
17 - 18 meses		Fala 10 palavras com perfeita pronúncia. Pede objetos nomeando-os: "água", "papa"...
15 - 26 meses	Aponta partes do corpo de uma boneca como: "mão", "boca" e olhos, quando requisitado.	
14 - 27 meses		Nomema figuras de objetos como: "sapato", "carro", "bola", "casa".
16 - 28 meses	Aponta 2 figuras de objetos como: "casa", "sapato", "copo", "bola", "bolsa", "livro", quando requisitado.	
16 - 20 meses		Combina 2 palavras (nome + adjetivo/adverbo; nome próprio + item do seu vocab. léxico) como: "cadeira aqui", "abre isso", "eu quero", "papai casa", "bebe água".
16 - 30 meses		Nomema 2 figuras de objetos em uma série de figuras como "sapato", "neném", "banana".
17 - 30 meses	Aponta 5 figuras de objetos como "copo", "cadeira", "mesa", "casa", "sapato", "lápis" quando requisitado.	
21 - 22 meses		Descreve imediatamente suas experiências. Combina 3 palavras para descrever idéias ou eventos como: "papai sai trabalhar"
17 - 30 meses		Nomema 3 figuras de objetos como: "sapato", "carro", "bola", "neném", "banana"
16 - 30 meses	Faz discriminação entre 2 ordens pedidas como: "me dá o copo" e "me dá o prato"	
17 - 30 meses		Nomema 3 objetos da mesma classe como: "meias, sapatos, calça, camiseta".
23 - 24 meses	Responde a simples pedidos de ações como: "me mostre o cachorro", "pegue o bone", "me dá o copo do papa". Aponta partes do corpo como o "nariz da boneca, olhos e orelha". Responde a perguntas de seu cotidiano como: "qual é o seu nome?"	Rejeita (Inutiliza) os jargões. Diminui os sons vocálicos e ecolalia. Referê-se a si mesma pelo seu próprio nome. Produz frases de 2 a 4 palavras.

22 - 30 meses	Compreende 2 preposições como: "dentro" e "em cima".	
---------------	--	--

* "Language Assessment & Intervention for the Learning Disabled" (Wig & Semel, 1980)

ENCAMINHAMENTO: Dois fatores são importantes para a indicação de um especialista :

1 = Fazer perguntas aos pais quanto ao comportamento da linguagem da criança, por exemplo, se foi um bebê silencioso no primeiro ano de vida; se compreende ordens verbais em casa.

2 = Observar cuidadosamente o comportamento da criança em relação a:

- contato de olhar
- localização e discriminação de sons
- atenção
- manipulação de objetos (bola, carrinho, cubo, etc...)
- emissão de sons e palavras
- identificação de figuras

A utilização de um instrumento de avaliação de desenvolvimento rápido e simples, poderá também auxiliar. A principal preocupação na identificação precoce dos distúrbios de linguagem é o encaminhamento adequado a serviços de fonoaudiologia com especialização em linguagem, para que a criança possa ser avaliada, diagnosticada e inserida em plano terapêutico, que tem como objetivo estimular as áreas deficitárias que causam tal distúrbio, facilitando assim o seu aprendizado.

A FAMÍLIA

O nascimento de um bebê de risco é uma crise imprevista em qualquer família. Os pais experimentam sentimentos muito fortes de falha, incompetência e culpa. Tentam conciliar a imagem do bebê desejado, que pode ter sido parcialmente individualizado durante a gestação, com o bebê real, inesperado e muitas vezes temido. No caso do RN prematuro, podemos considerar que os pais também são "pais prematuros" e enfrentam dificuldades ao lidarem com os seguintes aspectos:

EXPECTATIVAS	REALIDADE
Bebê robusto e saudável	Bebê pequeno e emagrecido
Bebê a termo	Bebê prematuro ou de risco

Bebê reativo, responsivo com uma interação ativa com os pais	Bebê pouco ou não reativo
Contato frequente	Separação pais/prematureo
Berço ao lado da mãe	Incubadora/ necessidade de suporte tecnológico para sobrevivência
Pais competentes e bastantes	Médicos e enfermeiras desconhecidos mas competentes e com amplo conhecimento
Mãe = sucesso, aumento da auto-estima	Mãe = falhou na produção do bebê ideal, diminui a auto-estima

adaptado de Taylor,P.M; B.L; 1979.

COMO CARREGAR O BEBÊ

Carregar a criança de forma adequada é uma das maneiras de estar próxima dela, de brincar e de ajudá-la a desenvolver o controle do corpo. Para as crianças que não conseguem controlar a cabeça e o tronco é uma forma de ajudá-las a conhecer o meio ambiente e através da sensação do movimento e da transferência de peso dado pelo nosso corpo leva ao desenvolvimento do ajuste postural, controle de cabeça e tronco.

A criança deve estar em uma boa postura durante o carregar: a cabeça deve estar elevada e alinhada com o tronco e o pescoço deve estar alongado (queixo para trás e para dentro com discreta flexão de cabeça); o tronco simétrico, com os ombros para baixo (longe das orelhas) e os braços para frente. As mãos podem estar juntas tentando pegar algum objeto ou em repouso junto ao corpo.

SUPINO (deitado de barriga para cima)

É uma posição importante porque dá a criança uma base de suporte grande, o que permite a ela várias atividades com suas pernas e braços. É também nesta posição que a criança começa a desenvolver a coordenação muscular quando vence a gravidade para chutar ou tentar alcançar algum objeto, ou olhar os pés e mãos. Quando a criança faz movimentos com braços e pernas ela transfere peso de um lado para o outro o que desenvolve ajustes posturais em todo o corpo. Quando ela eleva a cabeça, braços ou pernas; começa a desenvolver os músculos flexores do tronco e quadril. Os movimentos aprendidos em supino (decúbito ventral) quando combinados com os movimentos de prono (decúbito dorsal) e de lado formam a base para o desenvolvimento de movimentos mais aperfeiçoados. É o decúbito indicado para evitar a morte súbita

Imunização do prematuro

- Aplicação da BCG apenas quando a criança completar 2000 gramas.

- Crianças nascidas com menos de 2000g ou 33 semanas de idade gestacional receberão mais uma dose de vacina contra a hepatite B, que deverá ser acrescentada ao esquema habitual, no segundo mês de vida – esquema 0, 30, 60 e 180 dias.

Crianças nascidas com menos de 1000g ou menos de 31 semanas de gestação (prematuro extremo), que permanecem internados em UTI neonatal quando completarem 2 meses de vida, deverão receber :

- a vacina tríplice bacteriana acelular - DTP acelular (Haemophilus Influenzae do tipo B – Hib, após 15 dias)
- a Vacina Inativada contra Poliomielite (VIP). Quando receberem alta hospitalar, as doses subsequentes deverão ser a do esquema básico de vacinação: DTP + Hib (tetra) e Vacina Oral contra Poliomielite (VOP).

(FONTE: Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, 2006).

Revisão em dezembro de 2010:

Dra. Maria Beatriz Reinert do Nascimento

Dra. Fátima Mucha

Enfermeira Viviane karina Korovsky

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA
PESQUISA PELA SMS DE JOINVILLE

DECLARAÇÃO

(responsável pela instituição da coleta de dados)

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição **Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Joinville**, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DE SUA PARTICIPAÇÃO NO CUIDADO AO BEBÊ EGRESSO DA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU E SUA FAMÍLIA**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Joinville, 14/07/14

ASSINATURA:



NOME : Larissa Grun Brandão Nascimento

CARGO: Secretária Municipal da Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
LARISSA GRUN BRANDÃO NASCIMENTO
Secretária Municipal de Saúde
Matricula 42.967

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DE SUA PARTICIPAÇÃO NO CUIDADO AO BEBÊ EGRESSO DA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU E SUA FAMÍLIA

Pesquisador: Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34169514.0.0000.0115

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 767.502

Data da Relatoria: 28/08/2014

Apresentação do Projeto:

O crescente aumento da incidência de nascimento prematuro e as suas consequências associadas conferem à prematuridade importância como problema de saúde pública, internacional, nacional e regional. A preocupação com o parto prematuro está diretamente relacionada com os altos índices de morbimortalidade neonatal. Com a proposta de humanizar o atendimento ao recém-nascido hospitalizado, surge no Brasil em 1999 a "Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (NAHRNBP) – Método Canguru" (BRASIL, 2013a).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS: A pesquisa traz como objetivo geral investigar as percepções dos profissionais das equipes de saúde da atenção básica sobre sua participação no cuidado ao bebê egresso da terceira etapa do Método Canguru e sua família. Como objetivos específicos pretende-se a) Identificar o conhecimento das equipes de saúde da atenção básica acerca do seguimento ambulatorial dos bebês pré-termos e/ou de baixo peso ao nascer; b) Identificar as percepções das equipes de saúde da atenção básica acerca de sua participação nos cuidados ao bebê egresso da terceira etapa do Método Canguru; c) Descrever a percepção das equipes de saúde da atenção básica sobre o sistema de referência e contra referência no cuidado do bebê pré-termo e/ou de baixo peso ao nascer; d) Caracterizar os cuidados realizados pelas equipes da

Endereço: Rua Eslevés Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro **CEP:** 88.015-130
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br