

CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO NEONATAL: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Luana Cristina Berwig^a

Chariani Gugelmin Basso dos Santos^b

Fabiane Luz de Carvalho^c

Gabriela de Almeida Jurach^d

Lizandra Flores Pimenta^e

Teresinha Heck Weiller^f

Resumo

A linha de cuidado é uma estratégia que visa aos fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário no Sistema Único de Saúde. O objetivo deste artigo foi analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica à Saúde sobre a linha de cuidado neonatal. Realizou-se pesquisa qualitativa. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas a sete enfermeiros e cinco médicos pediatras de Unidades Básicas de Saúde do município de origem. Por meio da análise de conteúdo, emergiram duas categorias: percepção de profissionais sobre a linha de cuidado neonatal e construção da linha de cuidado neonatal. Os resultados mostraram que a Nota de Alta, instrumento utilizado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, que visava à continuidade do cuidado, não era efetiva para o que se propunha, uma vez que transferia aos pais a tarefa de buscar o acesso à rede. Também foi possível observar que existia um movimento de busca da comunicação entre os níveis primário e terciário de atenção à saúde. Concluiu-se que, apesar da fragilidade observada nas redes de atenção no município, os profissionais da Atenção Básica possuíam a compreensão do que era uma linha de cuidado e já adotavam

^a Fonoaudióloga. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Enfermeira. Assistente em Administração da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Fisioterapeuta. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - 16ª Coordenadoria Regional de Saúde. Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Nutricionista. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - 18ª Coordenadoria Regional de Saúde. Osório, Rio Grande do Sul, Brasil.

^e Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^f Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde Pública. Professora Associada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Roraima, número 1000, Prédio 26, Sala 1418. Camobi, Km 9. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 97105-900. E-mail: luanaberwig@gmail.com

algumas práticas que procuravam o estabelecimento desta junto a um hospital do município.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Assistência à saúde. Atenção primária à Saúde. Neonatologia. Sistema Único de Saúde.

THE BUILD OF A NEONATAL LINE OF CARE: PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS PERSPECTIVE

Abstract

The line of care is a strategy targeting safe and ensured assistance flow to the Unified Health System user. The objective of this article was to analyze the perception of Primary Health Care professionals on neonatal line of care. Semi-structured interviews with seven nurses and five physicians pediatricians of Basic Health Units from the city of origin were applied. By means of content analysis two categories emerged: perception of neonatal care line professionals and construction of neonatal care line. The results showed that the Discharge Note, an instrument used in the Neonatal Intensive Care Unit, aimed at the continuity of care, wasn't effective for its propose, since it transferred to the parents the task of seeking access to the network. It was also possible to observe that there was a movement to search for communication between the primary and tertiary levels of health care. In conclusion, despite the fragility observed in the care networks in the city, the Basic Care professionals had an understanding of what was a care line and already adopted some practices that sought to establish it alongside a hospital in the municipality.

Keywords: Health services accessibility. Health care. Primary health care. Neonatology. Unified health system.

CONSTRUCCIÓN DE UNA LÍNEA DE ATENCIÓN NEONATAL: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Resumen

La línea de atención es una estrategia que busca medios asistenciales seguros y garantizados al usuario en el Sistema Único de Salud. El objetivo de este artículo fue analizar la percepción de los profesionales de la atención primaria de salud sobre la línea de cuidado neonatal. Se realizó una investigación cualitativa. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a siete enfermeras y cinco médicos pediatras de Unidades Básicas de Salud en la ciudad de origen.

En el análisis de contenido emergieron dos categorías: la percepción de los profesionales sobre la línea de atención neonatal y la construcción de la línea de cuidado neonatal. Los resultados mostraron que la Nota de Alta, instrumento utilizado en la Unidad de Tratamiento Intensivo Neonatal, que apunta a la continuidad del cuidado, no era efectiva para lo que se proponía, ya que transfería a los padres la tarea de buscar el acceso a la red. También fue posible observar que existía un movimiento de búsqueda de la comunicación entre los niveles primario y terciario de atención a la salud. Se concluyó que, a pesar de la fragilidad observada en las redes de atención en el municipio, los profesionales de la Atención Básica poseían la comprensión de lo que era una línea de cuidado y ya adoptaban algunas prácticas que buscaban el establecimiento de esta junto a un hospital del municipio.

Palabras clave: Accesibilidad a los servicios de salud. Atención de salud. Atención primaria de salud. Neonatología. Sistema único de salud.

INTRODUÇÃO

A integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde está intimamente relacionada às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência¹. O conceito da integralidade, que começou a ser discutido a partir de 1980, com o movimento da Reforma Sanitária, tornou-se um princípio com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)², por meio da Lei n. 8.080/90, na qual a integralidade da assistência é “[...] entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”³.

A integralidade está obrigatoriamente relacionada à integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e serviços, uma vez que nenhuma organização em saúde dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para solução dos problemas de saúde de um usuário⁴⁻⁵. Portanto, a organização das redes de atenção à saúde busca atender à totalidade do sujeito, evitando a fragmentação dos modelos assistenciais.

As linhas de cuidado constituem-se como uma importante estratégia gerencial, possibilitando guiar os usuários no fluxo, rompendo os limites dos serviços de origem e transversalizando a rede assistencial⁶. Nesse sentido, o momento da alta hospitalar de cada usuário pode ser privilegiado para se produzir a continuidade da atenção em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contrarreferência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária ao usuário considerado em sua singularidade⁷.

No ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, verifica-se uma carência de estratégias que possam garantir a continuidade do cuidado quando o recém-nascido egresso desse serviço recebe alta do ambiente hospitalar. Essa situação é preocupante, uma vez que os recém-nascidos que estiveram internados em UTI Neonatal por prematuridade ou por agravos à saúde, necessitam de acompanhamento especializado, principalmente nos primeiros anos de vida⁸.

Em vista disso, emerge a necessidade de se desenvolverem mecanismos que possam assegurar a continuidade do cuidado dos recém-nascidos após o período de internação na UTI Neonatal, por meio da interlocução entre todos os níveis de atenção à saúde, justificando a realização deste estudo, que teve como objetivo analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica à Saúde sobre a linha de cuidado neonatal.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo apresenta abordagem qualitativa, com método de análise de conteúdo. Faz parte de um projeto de pesquisa e intervenção realizado com o intuito de verificar como ocorreu o processo de alta dos neonatos maiores de 1.500 gramas, que estiveram internados em uma UTI Neonatal de um Hospital Universitário de alta complexidade, a fim de verificar a necessidade de implantação de uma linha de cuidado neonatal na cidade de origem.

Inicialmente foi realizada coleta de dados nos prontuários de todos os recém-nascidos internados na UTI Neonatal no período de 1 de março de 2011 a 29 de fevereiro de 2012. Foram consultados os prontuários de 316 recém-nascidos, dos quais foram excluídos 186 por serem menores de 1.500 gramas, 6 por terem ido a óbito e 53 por não residirem no município de origem. Restaram 71 recém-nascidos. Nos prontuários desses, foram obtidas informações que possibilitaram o mapeamento dos recém-nascidos de acordo com as regiões demográficas. Excluíram-se os recém-nascidos menores de 1.500 gramas, uma vez que eles eram encaminhados para acompanhamento médico e multiprofissional no Ambulatório de Seguimento do próprio hospital.

Após a coleta de dados nos prontuários, realizou-se contato telefônico com os responsáveis dos 71 recém-nascidos selecionados. Com os que aceitaram participar da pesquisa, foram agendadas visitas domiciliares para realização de uma entrevista semiestruturada, na qual constavam, entre outras, perguntas quanto à alta hospitalar, sendo uma das questões relacionadas aos encaminhamentos à Atenção Básica. Nessa etapa, foram realizadas 46 entrevistas, uma vez que houveram 25 exclusões devido à desatualização do contato telefônico, endereço não encontrado ou recusa na participação da pesquisa. Por meio dessas entrevistas, verificou-se que apenas três

recém-nascidos haviam sido transferidos para a Atenção Básica. Os demais chegaram por conta própria às Unidades Básicas ou Estratégias de Saúde da Família mais próxima de suas residências, sendo os pais orientados a levarem Nota de Alta, documento fornecido na UTI Neonatal do Hospital Universitário, contendo dados clínicos do nascimento, do período de internação na UTI Neonatal e informações relacionadas às condutas no dia da alta hospitalar.

Mediante a observação da fragilidade da linha de cuidado com a não observância da implementação de um dos princípios assistenciais da linha de cuidado perinatal, que é o agendamento de atendimento na Atenção Básica de recém-nascidos egressos da UTI Neonatal, conforme o que preconiza a política de atenção ao recém-nascido⁹, emergiu a necessidade de entrevistar os profissionais desse nível de atenção. A realização das entrevistas destacou a necessidade de se construir uma linha de cuidado que promovesse a continuidade da assistência dos neonatos, levando em consideração a realidade vivenciada pelos profissionais da Atenção Básica.

As entrevistas foram realizadas com profissionais de algumas unidades da rede básica, nas quais foram atendidos os neonatos incluídos na etapa da pesquisa realizada nos domicílios. Foram convidados a participar da entrevista um enfermeiro e um médico pediatra de cada unidade de saúde, com no mínimo um ano de experiência. Na inexistência do último, era convidado o médico clínico geral. Salienta-se que as equipes de profissionais de nível superior das unidades da cidade de origem são formadas somente por médicos e enfermeiros. Não aceitaram participar do estudo os profissionais de três unidades de saúde, restando nove delas, nas quais os profissionais aceitaram participar do estudo. Foram entrevistados sete enfermeiros e cinco médicos pediatras. Os profissionais dessas duas áreas da saúde não necessariamente pertenciam a mesma Unidade Básica de Saúde (UBS). Em algumas unidades, foi entrevistado apenas o médico pediatra; em outras, apenas o enfermeiro.

Na coleta dos dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada. As respostas abertas foram transcritas na íntegra e, posteriormente, analisadas por meio da análise de conteúdo¹⁰. Os médicos pediatras foram codificados pela letra “P” e os enfermeiros pela letra “E”, ambas seguidas de identificação numérica referente à ordem em que foram entrevistados.

Para a análise, os dados foram agrupados e interpretados após a leitura das falas originais contidas nas entrevistas. Os referenciais teóricos de linhas de cuidado, rede de atenção à saúde, integralidade e humanização foram utilizados na análise.

O projeto que embasou o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem com o Parecer número 109.679. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio análise do perfil dos profissionais de saúde da rede de Atenção Básica, verificou-se que, dos 12 entrevistados, 91,7% eram do sexo feminino, sendo 7 enfermeiras, 4 médicas pediátricas e 1 médico pediatra. O tempo médio de trabalho na Atenção Básica foi de 10 anos.

Esse achado corrobora o estudo realizado com o objetivo de avaliar o perfil das equipes de saúde da rede básica em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de 7 estados das Regiões Sul e Nordeste. Dos 4.749 profissionais que participaram do estudo, 81% eram do sexo feminino e 19% do sexo masculino¹¹. Também é possível justificar o predomínio do sexo feminino devido ao perfil dos egressos das universidades. Em uma pesquisa realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, verificou-se, na amostra estudada, que 57% eram do sexo feminino e que dentre os cursos da área da saúde estudados, na maioria prevaleceu o sexo feminino, com exceção do curso de medicina, no qual 55% eram do sexo masculino¹².

Quanto aos locais de atuação dos profissionais, predominou o perfil de atenção em unidade básica tradicional (seis UBS e três estratégias de saúde da família).

Com os dados coletados por meio desses profissionais, emergiram as seguintes categorias: percepção de profissionais sobre a linha de cuidado neonatal e construção da linha de cuidado neonatal.

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS SOBRE A LINHA DE CUIDADO NEONATAL

Para os profissionais da saúde, a linha de cuidado é definida como essencial para a continuidade do cuidado por envolver mais de um nível de atenção e a conexão entre eles, bem como a comunicação entre diversos profissionais, visando ao cuidado integral do usuário, como revelam as falas a seguir:

“É a comunicação entre os setores, no mínimo deve haver comunicação seja escrita ou falada.” (E5).

“[...] para que exista uma conexão entre os dois serviços.” (P1).

“[...] a linha de cuidado é algo bem extenso, na qual se envolvem vários profissionais, uma equipe completa, porque um profissional sempre depende do outro, ninguém é onipotente, que consiga resolver todos os problemas.” (E7).

A concepção dos profissionais sobre a linha de cuidado vai ao encontro das publicações que apontam a prática como um dispositivo estratégico para a garantia da integralidade da atenção^{4-5,13-14}.

A produção do cuidado em linha ou em rede transmite a ideia de construção de pontes entre os diferentes serviços, visando à continuidade do cuidado. As linhas de cuidado são uma forma de organizar o caminho do usuário pela rede de serviços e de qualificar as portas de entradas do sistema, em fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário^{6,15}.

Nesse modelo de configuração do serviço de saúde, é necessário que existam fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde para com os usuários, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar. É essencial que o usuário, usando o acesso universal, que não lhe deve ser negado, conheça cada lugar que compõe a estrutura do serviço, por meio da sua vivência nele⁴.

As linhas de cuidado são pensadas de forma plena quando obrigatoriamente atravessam inúmeros serviços de saúde caso, por exemplo, da imagem de uma linha de cuidado, que parte da Atenção Básica ou de qualquer outro lugar de entrada no sistema para os diversos níveis assistenciais⁴. Assim, a linha do cuidado pode ser entendida como um pacto entre todos os atores que controlam os serviços e recursos assistenciais¹³, como manifesta o profissional a seguir:

“Para mim é o trabalho interligado, no qual se enxerga o indivíduo como um todo e no qual todos os profissionais precisam se responsabilizar por ele. Se ele nasceu lá no hospital, eu preciso saber como é que foram as condições e no hospital eles também precisam saber como é que foi o pré-natal [...]” (P3).

Percebe-se ainda que, para os profissionais, a linha de cuidado está diretamente relacionada com a qualidade do serviço prestado ao usuário, na medida em que se constitui em um dispositivo que deva disparar garantia de práticas integrais e humanizadas de saúde, como revelam as falas a seguir:

“Entendo e acredito como (sendo) um olhar humanizado.” (E4).

“[...] a linha de cuidado seria a forma de abordar o paciente, a maneira como em conjunto a equipe atende, proporcionando um bem-estar, um acolhimento e com certeza a saúde, a promoção da saúde dos nossos pacientes.” (E6).

Os dispositivos da Política Nacional de Humanização de clínica ampliada e acolhimento vão ao encontro do que os profissionais referem nas falas supracitadas. Na clínica ampliada, tem-se como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade, por meio da integração da equipe multiprofissional, construção de vínculo, da elaboração de projeto terapêutico, entre outros. Já o acolhimento está relacionado com a recepção do usuário, responsabilização integral, escuta ampliada, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessária⁹.

Existe uma imensa dificuldade em se alcançar a integralidade do cuidado quando o ponto de observação é o usuário e não os diversos serviços de saúde⁴. A integralidade do cuidado que cada usuário necessita deve operar com o princípio da transversalidade, lançando mão de ferramentas para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores¹⁶. Em vista disso, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em redes, na qual cada nível de atenção configura-se como uma estação no circuito que cada usuário percorre para obter a integralidade de que necessita⁴.

No contexto do trabalho em redes, observou-se que os profissionais entrevistados possuem entendimento de que não importa o nível de atenção da referência, o importante é que ocorra a devolução do encaminhamento para o nível que fez a solicitação:

“[...] a referência é o serviço para onde se referencia aqueles casos que não puderam se resolver na Atenção Básica e contra referência é quando o caso foi atendido e é devolvido para a Atenção Básica.” (E3).

“É a comunicação entre os serviços de atendimento como, por exemplo, da UTI Neonatal com as Unidades Básicas de Saúde e/ou vice-versa, visando melhorar as informações para os cuidados do recém-nascido.” (P2).

“A referência é o encaminhamento do paciente a algum serviço ou profissional com a história clínica, laboratorial, solicitando uma avaliação e a contra referência é a resposta desse serviço.” (P4).

Um profissional define a referência como aquela que é realizada na Atenção Básica para um nível de maior densidade. A referência está relacionada ao maior grau de complexidade para onde o usuário é encaminhado e a contra referência, relacionada ao menor

grau de complexidade, ou seja, quando o usuário retorna à Atenção Básica após o atendimento na alta complexidade^{1,2}.

A Atenção Básica tem sido considerada como a estratégia central para construção do SUS, apresentando papel de destaque como o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, bem como na regulação do acesso e utilização dos serviços necessários para a integralidade do cuidado¹⁷⁻¹⁸. Deve-se considerar a Atenção Básica a porta de entrada ou, pelo menos, a porta preferencial para o conjunto dos serviços de saúde¹⁸. Nesse nível de atenção, as possibilidades de assistência à saúde precisam esgotar-se, deixando os exames de maior complexidade para a real função de apoio e diagnóstico^{13,18}.

Uma das formas de se pensar o hospital nas redes de atenção à saúde, é como referência em situações que exigem assistência de maior gravidade. Nesse contexto, o hospital contribuiria para a integralidade do cuidado fazendo uma adequada contra referência à Atenção Básica após o atendimento⁴.

Os sistemas de atenção à saúde orientados por meio da Atenção Básica são mais apropriados porque sua organização parte das necessidades de saúde da população, impactando significativamente os níveis de saúde populacionais, reduzindo procedimentos mais caros e dando ênfase à promoção e prevenção das doenças. Entretanto, para que esses benefícios possam ser alcançados, a Atenção Básica precisa ter capacidade de solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população, de orientar os fluxos e contra fluxos de pessoas e informações das redes, de acolher e de se responsabilizar sanitária e economicamente por sua população¹⁷.

Contudo, apesar de todos os esforços para que a coordenação das linhas de cuidado seja feita utilizando a Atenção Básica, é possível reconhecer a dificuldade para colocar isso em prática, devido à posição hegemônica ocupada pelo hospital na produção dos cuidados, a descontinuidade dos cuidados e a fragmentação da atenção à saúde¹⁸.

CONSTRUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO NEONATAL

É possível afirmar, por meio da análise dos dados, que os profissionais, apesar da desarticulação da rede de atenção à saúde, reconhecem a existência de uma linha de cuidado relacionada às práticas vivenciadas na Atenção Básica, bem como a identificação da existência de um fluxograma de referência e contra referência:

“A referência e contra referência está fluindo muito bem, pois nós trabalhamos em equipe, no caso a nossa unidade básica tem contato praticamente diário com

a Estratégia de Saúde da Família, a gente troca os nossos serviços. Também, nos dão um suporte os acadêmicos, o hospital universitário, a Unidade de Pronto Atendimento, o Pronto Atendimento [...] no momento que a gente solicita, sempre é atendido e consegue dar continuidade ao cuidado do paciente que tem certa dificuldade. A gente também procura fazer os encaminhamentos para as especialidades, mesmo que às vezes demore [...] hoje a secretaria conta com poucos especialistas, então isso dificulta.” (E1).

“Eu interpreto como sendo os pontos que ligam o serviço [...] quando eu preciso encaminhar um paciente pra algum outro local ou outro local me encaminhar ou reencaminhar aqui para a unidade [...]. Então, eu acho que é muito importante a utilização do protocolo de referência e contra referência.” (E6)

Depreende-se, das falas, que os profissionais operam, no seu cotidiano, práticas de cuidado para consolidar a linha de cuidado. Esse movimento, na perspectiva da micropolítica, reconhece a importância do comprometimento do profissional e do sistema pela saúde do usuário, que devem criar um projeto terapêutico adequado a cada sujeito em sua singularidade, pautados na responsabilização, vinculação e cuidado, promovendo a autonomia dos usuários⁷.

Foi possível também observar, nas falas dos profissionais, que existem trocas não formalizadas com outros serviços de saúde de igual ou maior complexidade que possibilitam solucionar as dificuldades apresentadas pelos usuários, transcendentemente às possibilidades existentes na rede básica em saúde. Pode-se inferir que para ocorrência do fluxo é necessário que o profissional da Atenção Básica opere à frente do usuário, buscando o atendimento necessário para a continuidade do cuidado. Percebe-se, ainda, a carência de assistência no nível secundário, expressa pela demora em se conseguir o atendimento e pelo reduzido número de profissionais nesse nível de atenção.

O tema das linhas de cuidado remete os profissionais às práticas integradoras da atenção, que perpassam pelo reconhecimento das necessidades dos usuários e que elas devem ser asseguradas pela equipe de referência. Nesse sentido, além de organizar a linha de cuidado no que tange aos fluxos assistenciais, a UBS e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), devem assumir a gestão do projeto terapêutico, garantido o acesso a outros níveis de assistência, assim como após a contrarreferência, para que o vínculo continue com os profissionais da Atenção Básica, que têm a missão de dar continuidade aos cuidados do usuário¹³.

Os profissionais entrevistados revelaram a existência de protocolos de agendamento da consulta na Atenção Básica quando são noticiados da alta de um recém-nascido do alojamento conjunto em um dos hospitais públicos do município de origem, como expõem as falas a seguir:

“[...] já se começou a fazer o agendamento por telefone da primeira consulta da mãe e do bebê do Hospital Casa de Saúde [...]” (E2).

“[...] isso já acontece com o Hospital Casa de Saúde, que liga para fazer o agendamento da primeira consulta.” (E7).

Essa é uma importante iniciativa reconhecida pelos profissionais que vão ao encontro da assistência em rede, fazendo uso da conexão entre os níveis de atenção à saúde. Essa ferramenta possibilita a criação de um elo de comunicação entre os profissionais do nível hospitalar e os profissionais da Atenção Básica. Têm-se, então, a possibilidade de prever os caminhos que serão percorridos pelos usuários egressos do hospital, configurando uma linha de cuidado que viabiliza a organização de fluxos sistematizados^{6,15}.

Por outro lado, os profissionais de saúde entrevistados percebiam a falta de referência na construção de protocolos de transferência entre o Hospital Universitário e a rede de Atenção Básica. Esse hospital é o único serviço público no município de origem que possui UTI Neonatal e que acolhe os recém-nascidos em situação de risco. Nesse sentido, os profissionais referiram:

“[...] muitas vezes, também, tem ficado um mês pra criança me aparecer depois que nasceu. Então, é bastante tempo. A consulta deveria ser em seguida, no máximo em uma semana [...]” (P3).

“[...] seria muito legal se funcionasse a Linha de Cuidado [...]” (E3).

Contudo, há, por parte do Hospital Universitário, a instituição de um instrumento de transferência do recém-nascido da UTI Neonatal, denominado de Nota de Alta. Nesta constam informações atinentes ao recém-nascido relacionadas ao nascimento, período de internação e encaminhamentos realizados na alta hospitalar. É rotina do referido serviço repassar aos pais esse documento, para que eles o levem para a unidade de saúde de referência de seu

domicílio na primeira consulta. Todavia, esse instrumento não é reconhecido e entregue aos profissionais da Atenção Básica, como revelam as falas a seguir:

“Não recebi a Nota de Alta diretamente. Apenas a daquele caso que eu comentei, que a gente perguntou para mãe se ela tinha o documento. A mãe nos mostrou a pastinha com todos os papéis e ali estava a Nota de Alta. Mas ela não parecia estar orientada a nos mostrar.” (E2).

“Nunca vi nenhum instrumento vindo da universidade com alguma descrição. Até é bem ruim, porque a gente não sabe o que se passou e acaba indo atrás, buscando informações com a mãe, mas às vezes a mãe não sabe fornecer a informação [...]” (E3).

“Eu até nem sei se a Nota de Alta é fornecida para as mães e elas não passam para gente, pois isso também acontece [...] Às vezes, quando se começa a investigar e a criança tem baixo peso, nós aproveitamos alguns dados que tem na carteirinha, mas na realidade a Nota de Alta, eu não recebo.” (P1).

“Eu não sei se as mães têm trazido, pois não são todas que chegam para a consulta com a Nota de Alta [...] eu não sei o porquê, se não são orientadas a levar lá do hospital [...]” (P3).

Pôde-se observar, com base nos dados analisados, que a prática atual adotada junto ao hospital de referência é a de transferir ao familiar a continuidade da atenção, uma vez que não se informa a unidade da Atenção Básica do nascimento da criança. O hospital parece não se incluir como responsável pela construção da linha de cuidado, delegando ao familiar (usuário) do serviço a continuidade da atenção.

Essa prática reafirma o afastamento que as diferentes portas de entrada mantêm no sistema, indo de encontro à integralidade da atenção, que está no centro da conformação das redes de atenção e traz, dentro de si, a garantia do acesso aos serviços de saúde. O acesso constitui-se em uma categoria de apreciação dos serviços de saúde e conforma-se em uma potente ferramenta para avaliação dos serviços pelos usuários que o acessam.¹⁹

Quando indagado aos profissionais sobre o conteúdo das anotações que devem constar na Nota de Alta da UTI Neonatal do Hospital Universitário, verificou-se que, além dos

dados do nascimento e da internação hospitalar, referem a necessidade de informações que possam subsidiar a continuidade do cuidado:

“[...] o recém-nascido chega aqui e a gente não sabe o que aconteceu. A gente não recebe aquele encaminhamento para a Atenção Básica. Seria o ideal isso aí, mandar um histórico da criança, tudo o que foi feito, até pra gente poder manter algumas coisas.” (P1).

“[...] na Nota de Alta, devem constar quais as recomendações. Às vezes não existe urgência na consulta médica, mas se tem alguma recomendação de cuidados da enfermagem, então nós podemos promover isso. Nós podemos fazer esse acompanhamento com a mãe, principalmente, se a gente tiver agente comunitário na área. Aqui nós só temos três agentes pra toda área abrangente [...]” (E6).

“[...] na Nota de Alta deve constar quais os medicamentos que a criança vai continuar utilizando e por quanto tempo. Às vezes, a gente vê nos documentos que a criança está tomando antibiótico, mas não diz por quanto tempo ela vai ter que continuar tomando. Às vezes, as mães nos questionam isso e só terão consulta no hospital depois de um ou dois meses. Às vezes, a gente tem que pedir para elas retornarem lá, nem que seja pela emergência, para tentar obter essas informações, pois, às vezes, elas perdem a receita [...]” (E2).

“[...] vem a caderneta incompleta. Se fez o teste do reflexo vermelho, se fez o teste do coraçãozinho, isso muitas vezes não vem anotado [...] é importante constar na Nota de Alta, os exames que foram realizados [...] Se a criança fez fototerapia, se necessita fazer algum outro exame. Nessa Nota de Alta, eles podem nos dar sugestões [...]” (P3).

Apesar de as falas denotarem a falha de comunicação entre os serviços, verificou-se que, para os profissionais da Atenção Básica, é possível a construção da linha de cuidado, articulando-se com o hospital de referência e utilizando o agendamento prévio da primeira consulta do recém-nascido na unidade de saúde antes da alta hospitalar, conforme relatos a seguir:

“Tranquilamente, o pessoal da UTI Neonatal pode ligar para cá. Nós temos o pessoal da recepção, que entra em contato conosco [...] Daria tranquilo para fazer, não teria problema nenhum.” (E1).

“Sim, podemos pensar sim, em agendar a primeira consulta para os pacientes que saem da UTI Neonatal. O problema aqui é de a agenda de puericultura ser pequena pra demanda que tem de criança, mas a gente sempre abre uma exceção, coloca uma extra [...] A gente sempre dá um jeito. Eu acho que poderia, sim, ter essa marcação.” (E2).

“[...] eu acho que seria bem mais prático o hospital ligar para marcar a primeira consulta.” (E6).

Nesse sentido, a literatura refere que a alta somente poderia ocorrer quando a transferência do usuário sob cuidado fosse assegurada por outra equipe na rede básica ou em outra área especializada. A equipe de referência continuaria com o projeto terapêutico singular até o ingresso em outro nível de atenção, inclusive podendo interferir nos critérios de acesso²⁰. Isso reafirma que a responsabilidade pela continuidade do cuidado não é do usuário, e sim da rede de atenção, materializada nas ações dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da fragilidade observada nas redes de atenção no município de origem do estudo, os profissionais da Atenção Básica possuem a compreensão do que é uma linha de cuidado e já adotam algumas práticas que visam ao estabelecimento dela junto a outro hospital no município.

Constatou-se que o instrumento utilizado na UTI Neonatal, denominado Nota de Alta, não é efetivo ao que se propõe, não cumprindo o papel da continuidade do cuidado, uma vez que transfere aos pais a tarefa de buscar o acesso à rede, não conectando as diferentes portas de entrada do sistema.

Existe um movimento que busca a comunicação entre os níveis primário e terciário de atenção à saúde. Os profissionais da Atenção Básica mostraram-se receptivos à mudança nas rotinas, estando disponíveis para fazerem o agendamento prévio à alta hospitalar dos recém-nascidos egressos da UTI Neonatal, por meio do contato dos profissionais do Hospital Universitário. Nesse contexto, podem ser inseridos os protocolos de referência e

contrarreferência, importantes ferramentas preestabelecidas, que auxiliam o processo de consolidação das linhas de cuidado em saúde.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Luana Cristina Berwig, Chariani Gugelmin Basso dos Santos, Fabiane Luz de Carvalho, Gabriela de Almeida Jurach, Lizandra Flores Pimenta e Teresinha Heck Weiller.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Luana Cristina Berwig, Chariani Gugelmin Basso dos Santos, Fabiane Luz de Carvalho, Gabriela de Almeida Jurach, Lizandra Flores Pimenta e Teresinha Heck Weiller.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Luana Cristina Berwig.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Luana Cristina Berwig, Chariani Gugelmin Basso dos Santos, Fabiane Luz de Carvalho, Gabriela de Almeida Jurach, Lizandra Flores Pimenta e Teresinha Heck Weiller.

REFERÊNCIAS

1. Juliani CMC, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev Esc Enf USP*. 1999;33(4):323-33.
2. Fratini JRC, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc cuid saúde*. 2008;7(1):65-72.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 20 set 1990. Seção 1, p. 18055-9.
4. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco; 2003. p. 197-210.
5. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl.2):331-6.
6. Marinho CCC, Conceição CS, Santos MLMF, Carvalho SM, Menezes TMO, Guimarães EP. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as

- linhas de cuidado: (vi)viendo o tecer dos fios. Rev baiana saúde pública. 2011;35(3):619-33.
7. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface (Botucatu). 2010;14(34):593-606.
 8. Oliveira SR, Sena RR. A alta da unidade de terapia intensiva neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. REME - Rev Min Enferm. 2010;14(1):103-9.
 9. 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. v. 1. Brasília; 2011.
 10. Minayo MSS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2008.
 11. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(Sup.1):193-201.
 12. Machado GR. Perfil do egresso da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
 13. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Miranda Júnior H, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-34.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília; 2010.
 15. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 165-84.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de Produção de Saúde. Brasília; 2009.
 17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc saúde colet. 2010;15(5):2297-305.

18. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc saúde colet*. 2012;17(11):2893-902.
19. Weiller TH. O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí (RS): um cenário de controvérsias [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
20. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. *Ciênc saúde coletiva*. 2007;12(2):301-6.

Recebido: 5.2.2015. Aprovado: 14.4.2016. Publicado: 2.12.2017.