

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

SILVIA ANADIR MEDEIROS DA SILVA

CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA NA REDE BÁSICA DE REFERÊNCIA AO  
RECÉM-NASCIDO EGRESSO  
DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.  
COMO FUNCIONA?

PORTO ALEGRE  
2005

SILVIA ANADIR MEDEIROS DA SILVA

CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA  
NA REDE BÁSICA DE REFERÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO EGRESSO DE  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.  
COMO FUNCIONA?

Projeto de Pesquisa  
Fundação Osvaldo Cruz  
Grupo Hospitalar Conceição  
Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Informação Científica e Tecnológica em  
Saúde

Orientador: D<sup>o</sup> José Maurício de Oliveira

Porto Alegre  
2005

## SUMÁRIO

Introdução	.....	04
Objetivo	.....	08
Refencial Teórico	.....	09
Metodologia	.....	13
Cronograma	.....	16
Orçamento	.....	17
Referências	.....	18
Anexos	.....	20

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde tem como um dos princípios doutrinários a integralidade: o atendimento das necessidades de forma holística, assim cada serviço que faz parte do sistema deverá estar interligado favorecendo a continuidade da assistência.(CECÍLIO& MERHY, 2003)

Alguns hospitais brasileiros utilizam um modelo de atenção que prioriza a continuidade do atendimento por meio da integração com a rede de serviços do SUS e a integralidade da atenção com foco na pessoa e suas necessidades, que recebe a denominação de Linhas de Cuidado (CECÍLIO& MERHY, 2003).

Este modelo está sendo implantado no Grupo Hospitalar Conceição, na cidade de Porto Alegre (GHC, 2005). O Hospital Fêmeina, que faz parte do Grupo, ainda não tem formalizado suas Linhas de Cuidado. Porém já existe um arranjo de ações que poderia ser considerado um projeto da Linha de Cuidado da área mãe-bebê.

A Linha de Cuidado Mãe-Bebê iniciada no Hospital Nossa Senhora da Conceição em 2004 preconiza ações integradas e comunicação permanente com a rede de atendimento. O recebimento (primeiro acolhimento) da gestante inicia no posto de referência onde ela será acompanhada durante o pré-natal e será encaminhada para a realização do parto no hospital. No hospital receberá o atendimento obstétrico e após o nascimento do bebê ficarão no alojamento conjunto. Caso haja algum problema com o bebê ou com a parturiente, estes utilizaram a Unidade de Terapia Intensiva do hospital, a UTI Neonatal ou a UTI Adulto

respectivamente. E assim do Alojamento Conjunto ou da UTI espera-se o retorno para a rede básica: posto de saúde.

A fim estabelecer normas comuns de atendimento para os serviços de saúde de Porto Alegre em relação à atenção a criança nos primeiros anos de vida a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) lançou um Protocolo de Atenção a Saúde da Criança de zero a cinco anos de idade, em novembro de 2004. Este protocolo foi organizado conjuntamente entre a SMS, o GHC e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SGP) e disponibilizado aos postos de saúde a partir de dezembro de 2004.

Em Porto Alegre há também um programa de vigilância a saúde das crianças menores de um ano – o Pra-Nenê, que produz ações com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das crianças, tais como a prioridade de atendimento, o número mínimo de consultas no primeiro ano de vida, a primeira consulta já agendada na maternidade. A partir das informações contidas na Declaração de Nascido Vivo (DNV) - documento utilizado desde 1992, de preenchimento obrigatório onde é notificado todo os parto realizados em hospital ou domicílio- é identificado o serviço de saúde responsável pelo atendimento do recém-nascido, e conforme critérios pré-estabelecidos as crianças são identificadas em alto ou baixo risco, assim as de alto risco tem prioridade no atendimento.

Com a contratualização, que é a adesão ao programa do ministério da saúde de Reestruturação, programa com o objetivo de otimizar a relação do hospital com o SUS por meio da melhoria das condições de ensino, pesquisa e assistência, através de redefinições e pactos com o gestor público. Esta contratualização tem influência direta no envolvimento do hospital com a rede básica. Com isto, o Hospital Fêmina a partir de 2005 é referenciado por 12 postos de saúde da zona sul de Porto Alegre.

O Centro obstétrico do hospital realiza 400 partos/cesáreas por mês, onde 50% são usuárias procedentes de Porto Alegre, e deste percentual um número expressivo são usuárias dos postos de saúde referenciados (Sinasc, 2004).

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal que possui 40 leitos, a maioria das internações são de recém-nascidos com patologias associadas a prematuridade. Embora o Hospital Fêmeina receba mais gestantes do interior do estado e da região metropolitana, o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) revela que a taxa de nascimentos prematuros em Porto Alegre tem ficado em torno de 10% nos últimos cinco anos.

Estes bebês após um período de investimentos de recursos tecnológicos, humanos, financeiros e emocionais oferecido nas UTIs retornam para a comunidade.

Estudos revelam que a taxa de sobrevivência de prematuros vem aumentando na maior parte do mundo. Conforme Mello & Rocha (1999) os programas de seguimento sistemático tem destaque na literatura de língua inglesa, porém ainda necessitam de expansão os programas estudados em língua portuguesa e espanhola, a fim de conhecer a evolução dos recém nascidos de risco sem que estes fiquem dispersos.

Em Porto Alegre a política de assistência à criança não preconiza o ambulatório de seguimento ligado a hospital com UTI Neonatal, onde o serviço poderia receber informações sobre o desenvolvimento dos egressos. Assim não há o acompanhamento direto do serviço que atendeu o recém-nascido na UTI.

Este estudo tenta se ocupar deste recorte: o pós-alta da UTI Neonatal e a continuidade da assistência destes bebês. Percebe-se várias ações com a finalidade de possibilitar a continuidade na assistência aos recém-nascidos egressos de UTI

Neonatal, na maior parte são considerados os princípios do SUS e as propostas são pertinentes e atualizadas.

Porém na prática diária como enfermeira da UTI Neonatal do hospital Fêmina percebo desencontros e “ruídos” entre os serviços e nos serviços que atendem o recém-nascido. As informações não são acessíveis e acessáveis pelos profissionais envolvidos neste processo. Não havendo a ligação, levanto a hipótese que estas ações não atinjam o objetivo pretendido da integralidade, perdendo também em resolutilidade.

Este estudo busca avaliar a continuidade da assistência a recém-nascidos egressos da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do Hospital Fêmina na rede básica de saúde de referência de Porto Alegre. Com isto oferecer subsidio para a linha de cuidado mãe-bebê no hospital Fêmina e possibilitar a monitorização da assistência perinatal prestada.

## OBJETIVO GERAL

Avaliar a continuidade da assistência de recém-nascidos egressos da UTI Neonatal do Hospital Fêmina na rede básica de referência.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar ruídos e obstáculos para a continuidade da assistência.

Conhecer a percepção dos profissionais da rede básica sobre a continuidade da assistência.

Avaliar a oferta e a demanda e a relação na continuidade da assistência na rede básica a recém-nascidos egressos de UTI Neonatal.

Avaliar o uso do Protocolo de Assistência Integral a Crianças de zero á cinco anos, utilizado em Porto Alegre.

Propor intervenções a fim de qualificar este processo de assistência.



## REFERENCIAL TEÓRICO

Tendo em vista a continuidade de assistência a recém-nascidos egressos de unidade de tratamento intensiva em hospital de atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde, se faz oportuno aprofundar alguns pontos:

Em relação ao recém-nascido, a Sociedade Brasileira de Pediatria considera a necessidade de atendimento diferenciado àqueles (recém-nascidos) de risco para alterações de crescimento e desenvolvimento neuro-psicomotor que compreende recém-nascidos com: peso ao nascer inferior a 1.500g, idade gestacional inferior a 34 semanas, pequenos para idade gestacional, asfixia perinatal, doenças neurológicas, infecções congênicas, entre outros. E preconiza um Ambulatório de Atenção Integral ao Desenvolvimento de Recém-Nascidos de Risco. Este ambulatório teria como objetivo realizar a intervenção profilática, a detecção e a terapêutica precoce dos desvios de crescimento e das deficiências motoras, visuais, auditivas, de linguagem, mental e cognitiva, com visão global da criança e de sua família. E deveria contar com uma equipe multidisciplinar constituída por médicos (pediatra, neonatologista, neuropediatra, oftalmologista, ou outros), enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e assistente social, preferencialmente treinados em atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

O Ministério da Saúde no manual de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso (2002) também indica um ambulatório de acompanhamento, com atendimento por uma equipe multidisciplinar treinada. E considera que o ideal

seria um programa de seguimento (Follow-up) com retornos regulares (3,6,9,12,18,24 meses ao menos) e avaliações especializadas.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre através do Protocolo de Atenção Integral a criança de zero a cinco anos ratifica o atendimento diferenciado ao recém-nascido egresso de UTI e orienta como deveria acontecer o acompanhamento na rede básica de assistência.

Percebe-se com isto que após os investimentos realizados na UTI Neonatal há indicação de um atendimento específico e diferenciado ao neonato, ao lactente, pré-escolar, e alguns estudos demonstram ainda que este acompanhamento em alguns casos deveria ser prolongado ao escolar. (MELLO&ROCHA, 1999; CARVALHO&LINHARES&MARTINEZ, 2001).

Assim há necessidade dar continuidade na assistência, que hoje é realizada na rede básica através do SUS.

Sabe-se das dificuldades que o sistema de saúde apresenta, Cecilio & Merhy (1999) apontam para uma concepção de sistema idealizada que na prática não se sustenta, pois a noção de sistema de sistema reporta a uma conexão harmoniosa entre as partes envolvidas.

A integralidade aponta para a organização dos serviços e para a organização das práticas de cuidado. E como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital e do SUS. Observa-se porém a falta de pontes entre os serviços e a falta de comprometimento dos profissionais(PINHEIRO).

Em estudo sobre limites e possibilidades na construção da integralidade realizado no município de Volta Redonda, Pinheiro aponta que já na Conferência de Alma-Ata havia críticas a dicotomia técnica e institucional existente entre as ações de saúde. Os limites e obstáculos encontrados na implantação do SUS, interferem

nas práticas de integralidade. Destaca a organização do atendimento, o uso dos serviços, referência e contra-referência e níveis de atenção como pontos críticos. Há também a dificuldade do sistema em atender demandas do Programa de Saúde da Família e da rede básica, dificuldade encontrada também em outros municípios. *As principais dificuldades consistem na difícil disponibilização de determinadas especialidades, normalmente aquelas de grande densidade tecnológica e manipuladoras de instrumental de alto custo.* (PINHEIRO).

A integralidade segundo Mattos pode ser considerada a partir de três conjuntos, o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde. A conclusão é de que a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo. *O princípio da integralidade implica superar reducionismos.*

Para Cecilio & Merhy (1999) a integralidade do cuidado é uma tarefa de rede, O propósito da rede é de se pensar em continuidade e em a transversalidade do cuidado.

Considerando o ato de manifestar-se em relação a algo de forma qualitativa e quantitativa como definição de avaliação, nota-se a pouca presença dos atores principais do ponto de vista da produção, os profissionais que produzem o serviço (INOJOSA, 1996).

A avaliação pode ser um instrumento de reordenamento de oferta e construção de estratégia de novos modelos quando há conhecimento das necessidades de saúde do local onde esta sendo feita a avaliação (FIGUEIREDO, 1996).

Reforçando o conceito da integralidade envolvendo os profissionais que realizam a assistência direta nas discussões e avaliações de programas e serviços de saúde, Figueiredo (1996) defende a importância de valorizar a experiência vivencial dos atores sociais, pois evidencia a relação estabelecida entre as pessoas. O desenho desta relação pode indicar a qualidade da assistência prestada.

## METODOLOGIA

Este estudo se enquadra como uma pesquisa social. E pretende ao avaliar a continuidade do cuidado abordar tanto os aspectos mais mensuráveis desse modo de organizar a atenção como também os significados e sentidos que assume para os profissionais de saúde.

Conforme Minayo (1999), ao optar pela abordagem quantitativa o pesquisador obtém o concreto, o visível; enquanto a abordagem qualitativa propicia um aprofundamento nas percepções e relações humanas, representações, hábitos, atitudes e opiniões. A abordagem qualitativa é útil para acompanhar e aprofundar algum problema levantado por estudos quantitativos (MINAYO, 1993).

Para a autora a diferença está na natureza, o que não expressa uma oposição entre os métodos, ao contrário há uma complementaridade. Cabe ao pesquisador fazer uso da criatividade.

Com auxílio de questionário estruturado será coletado dados referentes a consultas, avaliações, encaminhamentos e desenvolvimento do lactente nos prontuários de família (dos doze postos referenciado pelo Hospital Fêmina), com recém-nascido egresso de UTI Neonatal a partir de dezembro de 2004. A amostra será aleatória. Os dados serão analisados utilizando o programa estatístico SPSS, versão 10.0. O nível de significância estabelecido será de  $p < 0,05$ .

Para a fase qualitativa será lançada mão da técnica de grupo focal. A escolha deu-se pela identificação da pesquisadora com esta técnica. Na investigação qualitativa o uso do grupo focal é pertinente, pois a técnica é não diretiva, cujo resultado visa o controle da discussão por um facilitador de um grupo de pessoas

com características homogêneas ( ANEXO 2). Apresenta a vantagem de possibilitar intensificar o acesso à informação e qualificar esta informação. *Na medida em que diferentes olhares e diferentes ângulos de visões acerca de um fenômeno vão sendo colocados pelos sujeitos, desperta nos mesmos a elaboração de certas percepções que ainda se mantinham na posição de latência* (DALL'AGNOL (1999). E ainda conforme Dall'agnol (1999) esta técnica indica o desejo de promover transformação do pesquisador.

Será utilizado a metodologia contidas em Dall'gnoll (1999) aput Debus (1997) para grupo focal.

Os grupos serão formados por profissionais de nível superior dos doze postos de saúde referenciados pelo Hospital Fêmeina agrupados conforme área de atuação.

Grupo 1:1 pediatra/posto de saúde ( 12 profissionais)

Grupo 2: 1 médico de família/posto de saúde (12 profissionais)

Grupo 3: 1 enfermeiro/posto de saúde (12 profissionais)

Se for possível pelo número de participantes , dividir os grupos de acordo com as semelhanças da população atendida.

Para isto os profissionais serão convidados e a gerencia solicitada a possibilitar a dispensa do mesmo.

As reuniões serão realizadas por um período de uma hora e trinta minutos, a pesquisadora será a facilitadora e deverá ter um outro profissional como observador. As reuniões com modelo semi-estruturado serão gravadas para possibilitar uma análise mais adequada. Para os profissionais que participarem da reunião será entregue o consentimento Informado, conforme o Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96 (GODIM, 2004) em anexo.

## CRONOGRAMA

Tempo/bimestre	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Itens						
Revisão bibliográfica de periódicos atuais	X	X	X	X		
Testagem do questionário e do roteiro do grupo focal	X					
Coleta de dados: revisão dos prontuários		X	X			
Coleta de dados: grupos focais		X	X			
Tabulação e análise dos dados				X	X	
Redação do trabalho a ser divulgado					X	
Revisão final e entrega						X



## ORÇAMENTO

Fotocópias	
Deslocamentos	
Serviço de digitação	
Serviço de tradução	
Folhas de papel A4	
Internet	
Computador	
Impressora	

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.F.B. REGO, M.A.S, COSTA, H.P.F. Infra-estrutura para Atendimento Integral Ao Recém-Nascido. Documento Científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Aprovado em 7/03/2004 Disponível em: [http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=21&id\\_detalhe=1636&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=1636&tipo_detalhe=s) Acessado em 25/08/2005

ANEXO 2, Como operacionalizar um grupo focal. Disponível em <http://www.adolesc.br/bvs/adolesc/P/textocompleto/adolescente/capitulo/cap09.htm> Acessado em 14/09/05

BRASIL, Ministério da saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método mãe-canguru. Brasil 2002.

CARVALHO, A.E.V., LINHARES, M.B.M. e MARTINEZ, F.F. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1.500 g). *Psicol. Reflex. Crit.*, 2001, vol.14, no.1, p.1-33. ISSN 0102-7972.

CECILIO, L.C.O & MERHY, E.E. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar Campinas, 2004 Disponível <http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc> Acessado em 26/08/2005.

DALL'AGNOL, C.M. & TRENCH, M.H. Grupos Focais como estratégia metodológica em pesquisa de enfermagem *Revista Gaúcha de Enfermagem Porto Alegre v. 20, n.1, p. 5-25, jan. 1999*

FIGUEIREDO A. M. A., TANAKA, O. A Avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. *Revista da fundação do desenvolvimento administrativo, Cadernos Fundap, São Paulo p. 98-104 jan./abril 1996*

GHC – Notícias. Profissionais de enfermagem do Grupo Hospitalar Conceição debatem Linhas de Cuidado. Disponível: [http://www.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not160805\\_02.htm](http://www.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not160805_02.htm) Acessado em 25/08/2005

GHC - Protocolo de Atenção à Criança de 0 A 5 Anos Disponível <http://www.ghc.com.br/GepNet/protocolopmpoa.htm> Acessado em 18/08/2005.

GOLDIM, J.R. Consentimento Informado Disponível em:<http://www.bioetica.ufrgs.br/consinf.htm> Acessado em 16/09/2005

INOJOSA, M. R. Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas? *Revista da fundação do desenvolvimento administrativo, Cadernos Fundap, São Paulo p. 88-96 jan./abril 1996*

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Laboratório de Pesquisas sobre práticas de

integralidade em Saúde. Disponível em <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&infol=180&tpl=view%5Fparticipantes> Acessado em 18/08/2005.

MELLO, D.F & ROCHA, S.M.M. Assistência de enfermagem a crianças prematuras: uma revisão da literatura sobre o assunto revista Brasileira de enfermagem, Brasília, v. 52, n. 1, p. 14-21, jan./mar. 1999

MINAYO, M.C.S. (org) & DESLANDES, S.F. NETO, O.C. GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade 13ª ed. Editora Vozes Petrópolis 1999.

MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. Cad. Saúde Pública. [online]. jul./set. 1993, vol.9, no.3 [citado 16 Setembro 2005], p.237-248. Disponível na World Wide Web:<[http://www.Scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.Scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0102-311X. Acessado em 08/09/2005

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. Laboratório de Pesquisas sobre práticas de integralidade em Saúde. Disponível <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&infol=149&tpl=view%5Fparticipantes> Acessado 18/08/2005

Programa Pra-Nenê. Porto Alegre 2004. Programa de Vigilância e Atenção Integral à Saúde das Crianças Menores de Um Ano Vigilância em Saúde. Informação em Saúde. Disponível em [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=407](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=407) Acessado em 25/08/2005

SINASC Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Porto Alegre 2004 Secretaria Municipal da Saúde. Disponível: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=412](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=412) Acessado em 24/08/2005

SINASC - Resultados Disponível [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/sinasc\\_-\\_resultados.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sinasc_-_resultados.pdf) Acessado em 17/08/2005

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa

Título do Projeto: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Esta pesquisa trata da continuidade da assistência do recém-nascido egresso da Unidade de Tratamento Intensivo neonatal na rede básica de saúde, especificamente os dose postos de saúde que referenciados pelo hospital Fêmina.

É uma pesquisa quali-quantitativa com o objetivo avaliar a continuidade da assistência.

A sua participação será feita em uma reunião de grupo para discussões durante um período de 1 hora e 30 minutos.

É garantido o sigilo sobre declarações e você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Silvia Anadir Medeiros da Silva

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo \_\_\_\_\_, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Silvia Anadir Medeiros da Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Porto Alegre,

Assinatura do sujeito