

# (Des)articulação da rede de atenção à saúde na prematuridade tardia e moderada

*Health care network (dis)articulation in late and moderate prematurity*  
*(Des) articulación de la red asistencial en prematuridad tardía y moderada*

**Leonardo Bigolin Jantsch<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-4571-183X

**Thauana Ferreira Alves<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-7574-0279

**Andrea Moreira Arrué<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-5391-324X

**Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0001-7366-077X

**Eliane Tatsch Neves<sup>IV</sup>**

ORCID: 0000-0002-1559-9533

## RESUMO

**Objetivo:** analisar a (des)articulação da Rede de Atenção à Saúde de prematuros tardios e moderados no primeiro ano de vida. **Método:** estudo qualitativo com entrevista semiestruturada, que abordou a constituição da rede de atenção em um município no sul do Brasil. Participaram 15 mães de lactentes. Utilizou-se análise de conteúdo temática e fluxograma para descrição das redes e serviços. **Resultados:** o primeiro contato na Atenção Primária à Saúde é fator decisivo para reconhecimento e articulação do neonato/lactente na rede e possibilita a resolução, em especial nas demandas de puericultura. Serviços de atenção secundários e hospitalares oferecem suporte a eventos agudos isolados ou às condições crônicas, sem articulação entre os níveis de atenção e de forma uniprofissional. **Considerações finais:** a atenção às condições de saúde se organiza e se estrutura de forma uniprofissional, fragmentada e desarticulada, o que impossibilita a formação de uma Rede de Atenção à Saúde na perspectiva desses prematuros.

**Descritores:** Recém-Nascido Prematuro; Serviços de Saúde; Cuidado da Criança; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Pediátrica.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the Health Care Network (dis)articulation of late and moderate premature infants in the first year of life. **Method:** a qualitative study with semi-structured interview, which addressed the care network constitution in a municipality in southern Brazil. Fifteen mothers of infants participated. Thematic content analysis and flowchart were used to describe networks and services. **Results:** first contact in Primary Health Care is a decisive factor for the recognition and articulation of neonates/infants in the network and enables resolution, especially in childcare demands. Secondary and hospital care services support isolated acute events or chronic conditions, without articulation between levels of care and in a uniprofessional way. **Final considerations:** attention to health conditions is organized and structured in a uniprofessional, fragmented and disjointed way, which makes it impossible to form a Health Care Network premature infants' perspective.

**Descriptors:** Infant, Premature; Health Services; Child Care; Primary Health Care; Pediatric Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar la (des)articulación de la Red de Atención de la Salud del prematuro tardío y moderado en el primer año de vida. **Método:** estudio cualitativo con entrevista semiestruturada, que abordó la constitución de la red de atención en un municipio del sur de Brasil. Participaron quince madres de bebés. Se utilizaron análisis de contenido temático y diagramas de flujo para describir redes y servicios. **Resultados:** el primer contacto en Atención Primaria de Salud es un factor decisivo para el reconocimiento y articulación del recién nacido/lactante en la red y permite la resolubilidad, especialmente en las demandas de atención infantil. Los servicios de atención secundaria y hospitalaria apoyan eventos agudos aislados o afecciones crónicas, sin articulación entre niveles de atención y de manera no profesional. **Consideraciones finales:** la atención a las condiciones de salud está organizada y estructurada de manera uniprofessional, fragmentada y desarticulada, lo que imposibilita la conformación de una Red de Atención a la Salud desde la perspectiva de estos prematuros. **Descriptor:** Recién Nacido Prematuro; Servicios de Salud; Cuidado del Niño; Atención Primaria de Salud; Enfermería Pediátrica.

<sup>I</sup> Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil.

<sup>IV</sup> Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

### Como citar este artigo:

Jantsch LB, Alves TF, Arrué AM, Toso BRG, Neves ET. Health care network (dis)articulation in late and moderate prematurity. Rev Bras Enferm. 2021;74(5):e20200524. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0524>

### Autor Correspondente:

Leonardo Bigolin Jantsch

E-mail: [leo\\_jantsch@hotmail.com](mailto:leo_jantsch@hotmail.com)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 01-07-2020 Aprovação: 16-11-2020

## INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde, além de suas distintas concepções, é aqui assumido como um sistema lógico que organiza o funcionamento dos serviços, incluindo sua organização por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essas, por sua vez, articulam de forma singular as relações entre as subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e da determinação social do processo saúde-doença<sup>(1-2)</sup>.

Como consequência da determinação social na saúde da criança, o nascimento prematuro é considerado fator de risco para o crescimento e desenvolvimento saudável, configurando-se como desencadeador de condições crônicas de saúde. Cerca de 10% dos nascidos no Brasil é prematuro; desses, 84% entram na faixa etária da prematuridade limítrofe (32 a 36 semanas e 6 dias de idade gestacional (IG)). Crianças nascidas dentro da faixa da prematuridade limítrofe, assim como as prematuras extremas, apresentam históricos de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, tendendo a apresentar problemas de desenvolvimento e crescimento, além de desenvolverem condições agudas e crônicas de saúde<sup>(3)</sup>.

Muitas dessas crianças, consideradas recém-nascidos (RN) quase a termo, exibem dificuldades escolares, além de mostrarem pior repertório motor, problemas de comportamento e alterações de crescimento, quando comparadas a crianças nascidas a termo<sup>(4)</sup>. A prematuridade consiste em uma preocupação de saúde pública que implica diretamente as condições clínicas da criança e o aparecimento de fatores de risco para morbidade e mortalidade infantil. Mesmo que bebês prematuros tardios não exijam dos serviços de saúde de Atenção Primária à Saúde maiores demandas de saúde, eles são mais frequentes nos serviços<sup>(5)</sup>.

Além disso, o contexto da prematuridade envolve causalidades distintas que interagem entre si e acometem diferentes populações, em processos que favorecem o surgimento de agravos crônicos<sup>(6)</sup>. A depender da maneira como é percorrido o itinerário terapêutico, o cuidado pode ser fragilizado e fragmentado, tornando a RAS ineficaz para suprir as necessidades desse paciente<sup>(7-8)</sup>.

A atenção às condições crônicas na infância, entre elas a prematuridade, necessita de cuidados que respeitem as singularidades que podem estar (in)visíveis à promoção de ações em diferentes períodos da doença e/ou condição. Desse modo, é necessário que a RAS e os profissionais que a compõem estejam motivados e sensibilizados de suas demandas<sup>(9-10)</sup>.

Além da organização das RAS para atender às demandas agudas e crônicas, os sistemas de saúde podem apresentar pouca ou nenhuma integração entre os entes da RAS, fragmentando a atenção à saúde. A perspectiva da fragmentação permeia os processos em que cada nível de atenção trabalha de forma isolada, seja resolutivo apenas para o momento, e assim enfatiza as demandas agudas<sup>(11)</sup>.

Nessa perspectiva, destaca-se que, no que tange às doenças/ condições crônicas infantis, essas não estão contempladas nas políticas de atenção ao doente crônico. Contudo, a constituição das RAS é preconizada, e a Atenção Primária à Saúde (APS) deveria ser o serviço de referência também para a população pediátrica<sup>(11)</sup>. Reconhece-se a fragilidade da APS no reconhecimento das demandas de saúde do prematuro à medida que é a ponta

da rede, atuando de forma reativa, ambulatorial, fragmentada e centrada nas doenças da criança. A “peregrinação” do prematuro na RAS e a lacuna na formação e preparo das equipes para o reconhecimento das necessidades dos prematuros, nas equipes de Saúde da Família (eSF), são características que fragilizam o acompanhamento dos itinerários terapêuticos da criança prematura e da família, o que distancia a melhor prática da APS<sup>(12)</sup>.

Nesse contexto, entender a organização das redes de saúde para incluir a atenção aos prematuros tardios e moderados, por meio de suas demandas de saúde, contribui diretamente para: a transferência das famílias após a alta hospitalar; o reconhecimento das necessidades de transferência e suporte da equipe de saúde e especificamente da enfermagem; a orientação aos serviços de APS, que em tese, deveria os acolher sob seus cuidados.

## OBJETIVO

Analisar a (des)articulação da rede de atenção à saúde de prematuros tardios e moderados no primeiro ano de vida.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, respeitando a Resolução 466/2012. O anonimato nos enunciados e a descrição dos participantes são garantidos por meio de letra P, seguido de sequência numérica (P1, P2, P3...P15).

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa oriundo de uma tese de doutorado de caráter misto, guiada pela estratégia paralela convergente. A apresentação metodológica do presente estudo, com abordagem qualitativa, foi baseada nos critérios do *CONsolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ)<sup>(13)</sup> e no referencial teórico da RAS<sup>(1)</sup> para análise dos dados.

### Cenário do estudo

O cenário do estudo foi um município da Região Sul do Brasil, em que a RAS é distribuída em Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família, Serviços Especializados e Complementares, Serviço de Vigilância em Saúde, Pronto Atendimento Municipal Infantil e Adulto, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais públicos e privados. Essa distribuição compreende: 16 equipes de Estratégias Saúde da Família, dispostas em 13 estruturas físicas; 17 Unidades Básicas de Saúde; 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de serviços de apoio. Cerca de 60% da população tem cobertura por alguma Unidade Básica de Saúde<sup>(14)</sup>.

### Fonte de dados

Participaram do estudo mães de lactentes (foram consideradas as principais cuidadoras dos lactentes, na percepção da família) que nasceram no período de maio de 2016 a maio de 2018, com IG no período de 32 a 36 semanas e 6 dias, considerados prematuros

limítrofes. O grupo classificado como prematuro tardio compreendeu aqueles que nasceram com 34 a 36 semanas e 6 dias de IG; o grupo prematuro moderado compreendeu aqueles que nasceram com 32 a 33 e 6 dias de IG<sup>(15)</sup>. Utilizou-se como critério de seleção aqueles lactentes que residiam no município de Santa Maria, RS.

A seleção inicial dos participantes, na etapa quantitativa, ocorreu no Centro Obstétrico por meio do livro de registro de nascimentos. A população selecionada a ser acompanhada foi de 151 prematuros, contudo, na etapa qualitativa, foram selecionados 15 participantes para as entrevistas. A seleção dos participantes na etapa qualitativa foi por conveniência, com a inclusão de participantes que desenvolveram condições crônicas e agudas de saúde, bem como a participação de prematuros moderados e tardios nas mesmas proporções. O encerramento da produção de dados ocorreu à medida em que a densidade teórica<sup>(16)</sup> foi obtida, considerando-se suficiente para responder ao objetivo do estudo.

### Coleta e organização dos dados









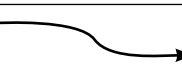



Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada seguindo-se um roteiro construído a partir dos atributos da APS<sup>(17)</sup>. O roteiro continha questionamentos sobre o acesso aos serviços, transferência, resolatividade, coordenação do cuidado, afiliação entre outros atributos da APS<sup>(17)</sup>. Nessa perspectiva, a análise da RAS foi construída a partir da percepção e vivência das mães desses lactentes. As entrevistas foram agendadas por contato prévio do pesquisador e ocorreram no domicílio dos participantes, considerando melhor dia e horário para esses. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador e um auxiliar de pesquisa com o familiar cuidador principal nos domicílios, tendo uma duração média de 20 minutos por entrevista (mínimo 15 min e máximo de 32 minutos). As entrevistas foram gravadas por meio de gravador eletrônico, e, posteriormente, transcritas em documento *Word* para análise, sob dupla revisão da transcrição, ou seja, o áudio foi transcrito por auxiliares de pesquisa (um acadêmico e três acadêmicas de medicina bolsistas de iniciação científica) e revisados na totalidade pelo pesquisador.

### Análise dos dados

As transcrições das entrevistas constituíram o *corpus* para análise dos dados, em que foi utilizada a análise de conteúdo temática, dadas pelas etapas da pré-análise, codificação e interpretação analítica<sup>(18)</sup>. Na pré-análise, foi realizado o primeiro contato com o material transcrito das entrevistas onde uma leitura flutuante dos dados, e a familiarização com os dados brutos permitiu guiar possibilidades analíticas iniciais sob o olhar do referencial teórico das RAS e das condições de saúde. Na codificação, após leitura sequencial e exaustiva, foi possível identificar palavras ou expressões, recorrentes e destacadas nos enunciados, que orientassem a contextualização e descrição dos fluxogramas gráficos, representativos das RAS e das condições de saúde dos prematuros. Por fim, para dar significado ao objetivo da investigação, a interpretação dessa construção analítica partiu do referencial teórico e analítico das condições de saúde e RAS<sup>(1)</sup>. Para a apresentação geográfica das RAS e caracterização clínica dos participantes, foram utilizados alguns diagramas e códigos

próprios (definidos por meio da recorrência de palavras e expressões dos participantes, definidos na etapa da codificação), conforme apresentação no Quadro 1.

**Quadro 1** - Descrição dos símbolos utilizados na caracterização da rede de atenção dos prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil 2018

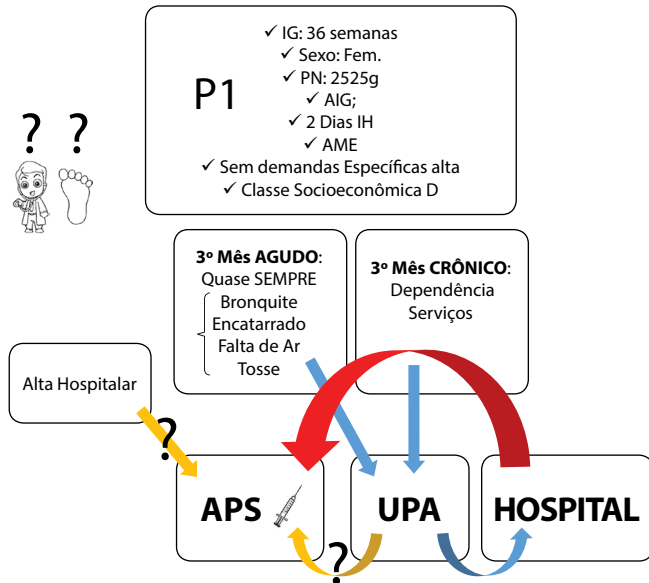
Símbolo	Descrição
	Acompanhamento de PUERICULTURA MÉDICA
	Realização de TESTE DO PEZINHO
	Serviço REFERÊNCIA para VACINAÇÃO
	Serviço ausente/Não ofertado
	Encaminhamento/Transferência EFETIVA/ACESSO EFETIVO
	Encaminhamento/Transferência NÃO REALIZADA
	Transferência questionável/ ACESSO NÃO EFETIVO
	Transferência EFETIVA/Fragilidade na manutenção do VÍNCULO
	Reconhece serviço como POSSIBILIDADE de ACESSO
	Agudização da Condição Crônica
	Condição Crônica de Saúde
	Afecção Aguda de Saúde

## RESULTADOS

As entrevistas aconteceram para seis participantes no terceiro mês de vida, para cinco participantes no sexto mês e para quatro participantes no nono mês de vida. Dos 15 participantes, 12 (80%) foram prematuros tardios, nove (60%) eram do sexo feminino, dez (67%) nasceram com peso adequado para IG, seis (40%) possuíam condições crônicas de saúde e as classes socioeconômicas C e D foram as mais frequentes (n=11, 73%).

A análise do serviço parte da demanda classificada como demanda crônica, aguda isolada ou agudização da condição crônica. Nas figuras a seguir, serão apresentadas as RAS de três participantes, eleitos para representar, sinteticamente, os 15

entrevistados. Nas figuras abaixo, tem-se a caracterização dos participantes [demandas de rotina (puericultura, vacina, etc.), crônicas e agudas], bem como a descrição dos serviços de saúde que eles acessaram ou deveriam acessar a partir das demandas. A Figura 1 apresenta a caracterização de P1.



Notas: IG - Idade Gestacional; Fem. - Feminino; PN - Peso ao Nascer; AIG - Adequado para Idade Gestacional; IH - Internação Hospitalar ao nascer; AME - Aleitamento Materno Exclusivo; APS - Atenção Primária à Saúde; UPA - Unidade de Pronto Atendimento.

**Figura 1** - Descrição dos fluxos dos serviços, da rede de atenção e demandas de saúde de P1 no terceiro mês de vida, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil 2018

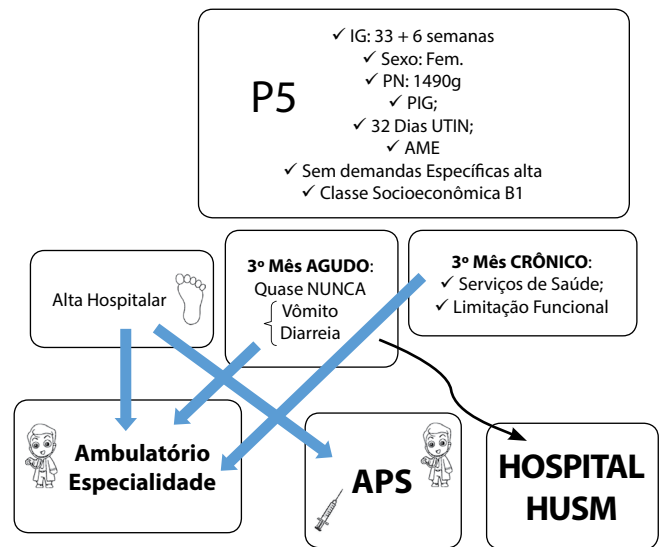
Por meio da análise da RAS e das demandas de saúde de P1, destaca-se a fragilidade do primeiro acesso, com uma transferência questionável, sem possibilidade de acesso ao serviço de APS, visto que a criança não apresentava demandas específicas na alta hospitalar ou que requeresse serviço especializado. O serviço de atenção secundária UPA foi a referência para demandas agudas e crônicas de saúde, justificado pelo enunciado:

*Porque eles [APS] não atendem, não tem médico, tem só enfermeira. Aí eles mandam levar pra UPA por qualquer coisinha. (P1)*

O enunciado retrata a fragilidade da APS para demandas de saúde e a transferência para serviços de atenção secundária, justificado por ser local com existência do profissional médico/médico pediatra. Houve uma transferência "teórica" da UPA para a APS por meio de uma referência verbal:

*A única coisa que eles mandam fazer é tratamento em um posto, consultar com um pediatra, levar sempre no mesmo para observarem ela, mas eu não tenho isso aqui no bairro e em lugar nenhum. (P1)*

O hospital, o qual recebeu a internação da criança em decorrência do evento agudo de saúde no terceiro mês de vida, por meio do encaminhamento do serviço de urgência e emergência, acaba, por sua vez, não transferindo a criança à APS. Quanto à centralização e referência principal ao serviço ambulatorial, rede de P5, prematuro moderado, é descrita na Figura 2.



Notas: IG - Idade Gestacional; Fem. - Feminino; PN - Peso ao Nascer; PIG - Pequeno para Idade Gestacional; UTIN - Internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; AME - Aleitamento Materno Exclusivo; APS - Atenção Primária à Saúde; HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria [hospital de referência/alta complexidade].

**Figura 2** - Descrição dos fluxos dos serviços, da rede de atenção e demandas de saúde de P5 no terceiro mês de vida, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil 2018

A descrição do acesso aos serviços e forma como ele se organiza por meio das demandas agudas e crônicas no terceiro mês se resume a acessar o ambulatório de especialidades, com acesso pós-alta, apresentando-se como serviço de referência para as afecções agudas e crônicas. A APS surge "apenas" como possibilidade de acompanhamento da puericultura e referência para vacinação. Ainda, nessa percepção, a figura do médico é como único membro da equipe pela qual há "confiança" da mãe. A justificativa relatada pela mãe devido a comportamentos diferentes de outros profissionais foi pela RN ser considerada, por esta, vulnerável devido à prematuridade.

*No acompanhamento, só o [nome médico] pesa ela! Ele mesmo pesa, ele mede, ele olha ela, ele [...] só ele não se intromete nas coisas que foram prescritas do [Ambulatório de Prematuro]; na verdade, ela está indo mais só para conhecimento que ela existe na comunidade, porque ela existe, como ela está fazendo também acompanhamento lá [Ambulatório de Prematuro], toda prescrição é de lá, então se ela está mamando leite materno, está pegando peso, ela está com cor, ela está bem sabe, então eu não vou né, mudar a conduta, lá do [nome hospital]. (P5)*

*Elas [equipe de enfermagem] pesaram e deu 1.700 [gramas] aqui na unidade. Eu entrei em choque, sai desesperada, isso foi na terça, daí na quinta ela tinha consulta no [nome hospital] e eu olhava pra ela e dizia "mas ela está tão redondinha" [...] lá no [Ambulatório de Prematuro] chegamos e pesamos e estava com 2.400 [gramas], aí tu vê o quanto não posso confiar, elas anotaram na carteirinha. Outro dia fui lá falar, aí elas fizeram uma carta dizendo que a balança estava estragada, mas nunca mais deixo elas [equipe de enfermagem] tocarem nela, não podem errar com uma prematura. (P5)*

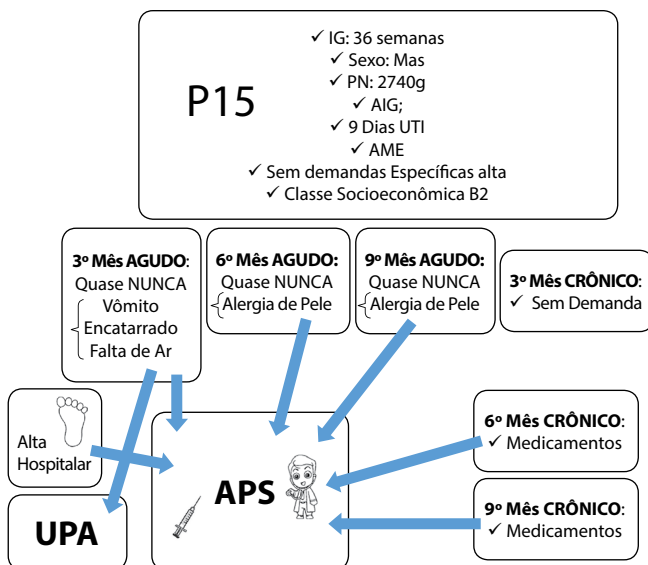
A APS traz uma vivência do cotidiano materno relacionado com o contexto socioeconômico e cultural. Isso torna o cuidado mais próximo, e a interlocução do serviço com o usuário é essencial. Essa percepção de prática cultural à prática do cuidado

é percebida no discurso, além daquelas construídas a partir das experiências vivenciadas e do que deu certo.

*Aqui [APS] eu senti mais liberdade pra conversar sobre isso [práticas de cuidado] aqui no posto, porque a vivência com a comunidade do médico, aqui na comunidade, é maior que o de lá [Ambulatório de Especialidade], porque, quando eu contei para o [Médico Residente Ambulatório] o método [Oferecer leite materno ordenhado pela mamadeira] que eu estava fazendo pra ela, já que eu vi que ela não estava sugando maravilhosamente no peito, e o [médico da APS] autorizou, ele disse que eu estava errada, ele disse que era pra mim continuar dando só o peito, que era para eu insistir mesmo se ela dormisse, era para eu continuar insistindo, porque ele me disse que não estava certo oferecer mamadeira, daí eu fiquei bem braba, eu fiquei furiosa! Até a minha mãe estava junto na consulta e eu disse assim "90% daquelas mulheres que estão ali fora, que tem prematuros igual a [nome da criança], nenhuma está dando leite materno, eu era a única que estava dando pra minha filha e ele vem me falar que estou errada?" Saí da consulta e fui esgotar porque já estava toda molhada de leite. (P5)*

Discutir essas práticas que dão certo fortalece a rede e dá credibilidade aos serviços de saúde. A articulação entre os serviços deveria acontecer, contudo se estabelecem práticas diferentes, e aspectos culturais do que deu certo acabam se tornando prioridade para a mãe. O melhor ganho de peso, depois da adoção dessa prática e a redução do número de mamadas, fez com que esgotar leite materno e oferecê-lo na mamadeira fosse uma prática de cuidado acessível em que a criança estava ganhando peso e não houve a necessidade de retirar o protagonismo da sucção do seio materno.

No que tange à descrição de uma rede de serviços centrada na APS, destaca-se a rede de P15, representada na Figura 3.



Notas: IG - Idade Gestacional; Mas. - Masculino; PN - Peso ao Nascer; AIG - Adequado para Idade Gestacional; UTIN - Internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; AME - Aleitamento Materno Exclusivo; UPA - Unidade de Pronto Atendimento; APS - Atenção Primária à Saúde.

**Figura 3** - Descrição dos fluxos dos serviços, da rede de atenção e demandas de saúde de P15 no primeiro ano de vida, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil 2018

Sob análise da descrição dos fluxos, na rede de P15, até seu 9º mês de vida, mesmo com demandas crônicas estabelecidas pelo uso de

medicamentos, o acesso acontecia no serviço de APS. Nota-se que a transferência inicial a APS aconteceu após a alta da UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal). O seguimento ocorreu e o serviço era referência para demandas agudas e crônicas, em especial às demandas de alergia de pele e necessidade de uso crônico de medicamento. No que tange à caracterização do acesso e manutenção desses serviços, representativamente, P9 e P10 destacam suas referências nos serviços de saúde e do primeiro acesso por meio dos enunciados:

*O meu posto de referência é o [nome da UBS], mas eu não vou nele porque como não tem pediatra e não é muito fácil de conseguir consulta, eu estou indo num longe, lá no [nome de outra UBS], lá no [bairro], que lá eu consigo tudo, pediatra, horário para marcar ficha é a uma hora da tarde, então é bem tranquilo. É muito interessante, porque lá eu não preciso acordar muito cedo para conseguir ficha, só vai lá e marca. Lá eles acompanham tudo nela, crescimento, essas coisas e também os problemas de alergia dela, que ela faz uso dos remédios que o médico de lá deu [...]. O horário que passou mal eu levo, se tiver que levar toda hora eu levo toda hora, na verdade a UPA é bem mais perto, daí eu tento evitar, porque se a criança está de bico [chupeta] ele [pediatra] não atende, aí eu levo lá no pronto atendimento municipal, demora muito o atendimento lá, mas às vezes tu sai de lá e eles te dão até o remédio. (P9)*

*Fui orientada a quando ele completasse sete dias ir ao posto de saúde mais próximo. Só que o posto de saúde ainda não tem pediatra, mas é a enfermeira que faz a consulta toda vez [...] ela acompanha, ela pesa, mede, vê se tem alguma coisa diferente para encaminhar ao médico [...]. Ele está sempre espirrando. Fui até a enfermeira e ela me orientou a colocar sorinho no nariz e tudo mais, ela já conhece ele, né, então fica mais fácil de saber o que é normal dele ou não. Só que essa tosse se prolongou até os dois meses. Quando fui dar a vacina dos dois meses, encontrei essa enfermeira no posto e perguntei se era normal ele ter essa coriza e tudo mais aí ela disse para procurar um serviço de urgência, estavam sem médico, aí semana passada atacou e ele ficou internado cinco dias [...] começou com tosse cada vez mais forte e bastante tosse, aí eu disse "não, isso não é certo, deve ser alguma alergia". Aí eu fui até o pronto-socorro, foi feito raio-X, o médico examinou e tudo e a princípio era só uma virose. (P10)*

O acesso à APS também é a referência para as afecções agudas de P14 e P15, sem apresentar condições crônicas de saúde, acessando o serviço de APS como serviço de referência, justificadas pelos enunciados:

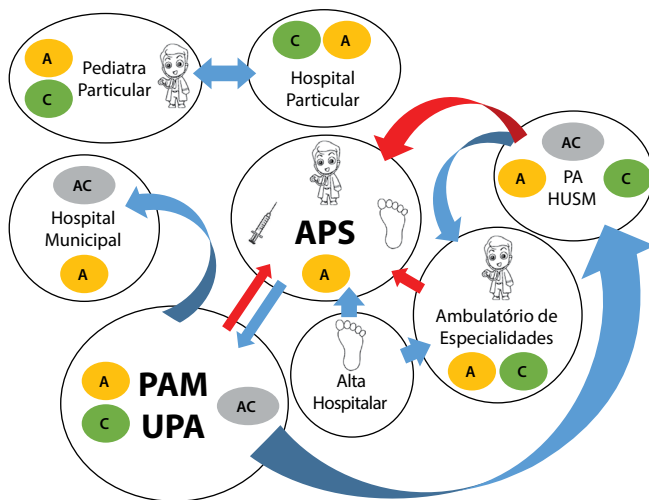
*No posto, eu tive consulta marcada depois de dez dias do nascimento dela, consegui consultar com o pediatra uma vez, depois quem acompanha ela é a enfermeira, quem mede, pesa e pergunta se está tudo bem! Tive que levar ela na UPA umas duas vezes porque estava muito congestionada, ofegante, parecia que estava faltando o ar, daí a médica avaliou lá deu soro para limpar o nariz e liberou, ela melhorou! Eu gosto dali [APS], as gurias [equipe de enfermagem] conhecem ela. (P14)*

*Eu consulto normalmente ali no posto pra acompanhar ela. O médico dá uma olhada nela, principalmente as alergias dela e às vezes eu procuro ali [APS], também, quando preciso de algo que não for muito grave, então eu levo ali, as enfermeiras [equipe de enfermagem] dão uma olhada nela, avaliam se precisa consultar com o clínico, senão eu levo na UPA, quando é mais grave. (P15)*

Há uma característica semelhante nas quatro redes de atenção supracitadas, que é o efetivo acesso no momento da alta hospitalar e a manutenção do vínculo do serviço com a puericultura e o acompanhamento. O serviço que se torna referência para puericultura também acaba se tornando referência para as demandas agudas e crônicas de saúde da criança. Ficou implícito nos enunciados o sentimento de confiança no serviço, muito pelo acompanhamento e conhecimento do quadro clínico da criança pelos profissionais, reforçando a manutenção e a busca pelo serviço.

O acompanhamento das afecções crônicas foi bem estabelecido na RAS de P13. A criança desenvolveu paralisia cerebral em decorrência de uma hemorragia ventricular durante a internação hospitalar. Foram 22 dias de internação, e o referenciamento dessa criança ao ambulatório de prematuros ficou estabelecido.

Em síntese, partindo-se da análise das 15 entrevistas, a descrição dos serviços e a (des)articulação da RAS são observadas na Figura 4.



Notas: APS - Atenção Primária à Saúde; PA HUSM - Pronto Atendimento do Hospital Universitário de Santa Maria [hospital referência/alta complexidade]; PAM - Pronto Atendimento Municipal; UPA - Unidade de Pronto Atendimento.

**Figura 4** - Síntese da organização e relações dos serviços na rede de atenção à saúde de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil 2018

Partindo dessa análise, na Figura 4, o desfecho e a procura dos serviços de saúde podem ser caracterizados sob cinco possibilidades:

1ª: acesso efetivo à APS após alta hospitalar e sua manutenção no serviço como ponto de referência para puericultura e a resolução para algumas afecções agudas e o encaminhamento para serviços secundários e terciários (quando necessário); nota-se que a APS não é serviço de acesso para as condições crônicas, muito centralizadas no serviço especializado de forma hegemônica;

2ª: o acesso após a alta hospitalar de prematuro à APS é fator decisivo na manutenção do vínculo dessa criança nesse serviço e sua manutenção como principal serviço de referência. A APS, para aqueles que tiveram a correta transferência e o primeiro contato existiu, é considerada um serviço resolutivo para as demandas da prematuridade no primeiro ano de vida;

3ª: a ausência de uma transferência efetiva para a APS no momento da alta hospitalar possui uma relação com: a inexistência

de acompanhamentos de puericultura; o tratamento isolado de afecções agudas em serviços de urgência e emergência; o não reconhecimento/diagnóstico das condições crônicas; o tratamento da agudização dessas condições crônicas nos serviços secundários e terciários;

4ª: a utilização e efetividade dos serviços privados (pediatra particular e rede hospitalar na rede privada) de saúde para resolução de afecções agudas e crônicas bem como a puericultura;

5ª: para aqueles com definição precoce de condição crônica (alta hospitalar), há uma centralização da atenção à saúde para o serviço de ambulatório de especialidade médica, principalmente para as condições crônicas, e a inexistência de uma conexão com a APS, nesse caso.

## DISCUSSÃO

Preconiza-se que todo RN, após alta hospitalar, tenha sua primeira consulta de acompanhamento na primeira semana de vida, visto que é o período de adaptação da família com seu bebê a uma nova condição social e biológica. Nesse período, reconhece-se que as avaliações de primeira consulta guiam as orientações de puericultura, estabelecendo as demandas familiares, a partir desse novo integrante familiar, e as demandas biológicas do lactente<sup>(19)</sup>.

A orientação para consulta na primeira semana é essencial para todos os RN, contudo existem algumas condições especiais que requerem uma atenção diferenciada. Dentre essas condições, destacam-se: prematuridade, baixo peso, Apgar menor que 7, baixa escolaridade, mais de 3 filhos na mesma moradia, aleitamento materno não exclusivo, baixo nível socioeconômico, gravidez de alto risco, entre outras condições<sup>(19)</sup>, presentes na população estudada.

Essa recomendação, muito destacada nos manuais ministeriais, exige uma resposta do serviço de forma estruturada (necessidade de estrutura física e de recursos humanos) e organizada (relação e comunicação entre os serviços de saúde), a fim de que a RAS possa ser pensada e constituída. É inegável a necessidade de que o acompanhamento aconteça nos primeiros dias. Muitas crianças deste estudo receberam alta, principalmente os moderados, com demandas específicas, tais como controle do peso e a utilização de medicamentos que requerem suporte da rede. Nascidos prematuros com IG de 34 a 36 semanas de gestação, segundo estudo nacional, frequentam mais os serviços de APS, quando comparados aos nascidos a termo. Tal fato é justificado pela preocupação da família, visto o nascimento precoce<sup>(5)</sup>.

As maiores demandas de pais de prematuros moderados e tardios no período pós-alta hospitalar está na relação de confiança (apoio da rede social e profissional) e acesso aos serviços de suporte, que não são mais o hospital e a UTIN, antes referência. É nesse momento que o vínculo precisa ser criado, especialmente àqueles não transferidos para ambulatórios especializados para prematuros<sup>(20)</sup>.

Nos achados do presente estudo, percebe-se que, no momento da alta hospitalar, ocorre o registro da transferência, ou seja, há um encaminhamento teórico dessas crianças para a APS como principal serviço de referência. O encaminhamento "teórico" é definido aqui como sendo o registro no prontuário de que o encaminhamento foi orientado à mãe. Entretanto, os entraves da estruturação ["*não tem pediatra*" (P1)] impossibilitam esse

primeiro contato. A ausência desse fragiliza o primeiro atributo da APS e a possibilidade de referência em saúde para as demandas geradas pela prematuridade ou outros fatores condicionantes.

Crianças prematuras, independentemente de sua IG, com baixo peso ao nascer, particularmente aquelas que recebem alta para famílias socialmente vulneráveis, devem receber atenção da rede de cuidados, e a visita domiciliar pode ser considerada uma estratégia efetiva. Muito é gasto com essas crianças para mantê-las vivas na UTIN, e parece ser um investimento sábio apoiar as visitas domiciliares e a medicina de família para tentar otimizar a saúde e o bem-estar dessas crianças após a alta<sup>(21-22)</sup>.

Alguns fatores são justificados para a dificuldade de acesso e manutenção da criança nos serviços de APS como: organização dos serviços no que tange aos dias e horários de atendimento; agendamento e número de consultas com a equipe; número reduzido de profissionais que compõem a equipe interdisciplinar; grande demanda espontânea no contexto da APS bem como dos ambulatórios<sup>(23-24)</sup>.

Na situação global, um estudo realizado com países do Sudeste asiático destaca que o acesso à APS ou às consultas de acompanhamento, neonatal e puerperal possuem influência econômica decisiva e discriminatória. O cenário internacional reconhece o importante papel da APS para a saúde da criança, mas enfatiza que ela foi negligenciada em muitos países em favor de uma abordagem específica para doenças e orientada para os hospitais, provavelmente devido à falta de vontade política e ao sub-investimento em infraestrutura e força de trabalho em saúde<sup>(25)</sup>.

A manutenção do vínculo de prematuros, especialmente os extremos, na APS e no acompanhamento pós-alta, se dá pela responsabilização, intersetorialidade, conhecimento técnico-científico dos profissionais e o desenvolvimento de políticas públicas favoráveis. Esses reflexos retratam e corroboram os achados do presente estudo à medida que a (i)responsabilização pela concreta transferência desse prematuro reflete no seu primeiro acesso ausente. O pouco conhecimento técnico científico, específico sobre crescimento e desenvolvimento de nascidos prematuros, implica em muitos dos casos, a falta de confiança dos pais para manutenção do vínculo no serviço<sup>(26-27)</sup>. A própria equipe dos ambulatórios de seguimento de prematuros vinculados aos hospitais de nascimento dessas crianças poderia otimizar a referência e contrarreferência com a rede de cuidados, estimulando o vínculo, fato que não ficou demonstrado nos depoimentos.

Estudos corroboram a descrição da rede encontrada neste estudo para os nascidos prematuros à medida que menos da metade dos prematuros se mantém na RAS. Os principais problemas da falta de adesão estão na falta de imunização, na ausência da orientação de cuidados preventivos para a idade e no frágil vínculo com os profissionais da APS para o seguimento e tímida referência e contrarreferência<sup>(26-28)</sup>. Entende-se que a APS deve ser o ponto de atenção no sistema de saúde que oferece a entrada a esse sistema para as necessidades e problemas, proporcionando atenção sobre a pessoa e sua família no decorrer do tempo e em todas as condições. Assim, consolidar o acesso ao conjunto de atividades e serviços de saúde, nesse nível de atenção, exige o desmonte de barreiras que impeçam o acesso<sup>(17)</sup>.

A estruturação dos sistemas, identificada nessa RAS aos prematuros moderados e tardios, sofre predomínio de modelo

centrado no biológico e na figura do médico. Essa característica está imbricada às necessidades manifestadas pelas crianças e suas famílias, as quais procuram na APS o cuidado do médico, enquanto outros profissionais se encontram disponíveis para o cuidado, como os enfermeiros. As famílias possuem interesses divergentes, caracterizados por um modelo de medicalização e curativista, ou seja, quando a figura do médico é inexistente no serviço primário, ela é procurada em serviços de urgência e emergência<sup>(23)</sup>.

Pensar na estruturação da APS é pensar no reflexo dessa para a organização dos serviços e a RAS. Constatou-se a inexistência de outros profissionais nos serviços, ou o desconhecimento das demandas destes, para atender e ser resolutivo às demandas dos prematuros. Identificou-se esse achado à medida que o profissional transfere/encaminha o prematuro de seu serviço de saúde, muitas vezes sem mesmo conhecer sua demanda. Em locais onde o primeiro contato aconteceu de forma efetiva e a manutenção do vínculo incidiu, destaca-se a participação do enfermeiro como profissional responsável pela puericultura e responsabilização pela saúde do prematuro. Segundo depoimentos das participantes, o papel do enfermeiro na manutenção do vínculo nos serviços de APS e a resolutividade nas demandas de saúde fizeram com que ele se tornasse o profissional de referência para essa família. Esses enunciados reconhecem que as demandas desses prematuros permitem ser acolhidas pelo enfermeiro, visto que ele organiza a articulação a RAS, responsabilizando-se também pelo acesso efetivo nos demais serviços de saúde.

Alguns estudos destacam o papel protagonista dos enfermeiros na atenção e manutenção do vínculo do prematuro. Reconhece-se que além de acompanhar e ser resolutivo para com as demandas agudas e manifestações clínicas dos prematuros, eles são responsáveis e considerados facilitadores do processo de construção de autonomia da família no cuidado ao prematuro após a alta hospitalar<sup>(27-28)</sup>. As fragilidades nas RAS e nos mecanismos de acompanhamento dos prematuros e egressos das unidades neonatais e as lacunas de integração e continuidade do cuidado geram mais vulnerabilidades para as crianças e seus familiares já existentes em frágeis circunstâncias físicas e psicossociais<sup>(29)</sup>.

Para as demandas da prematuridade, principalmente na primeira semana de vida, bem como na referência para puericultura e nas demandas agudas e crônicas, a APS pode ser considerada um serviço de referência. Para tanto, existem alguns entraves que exigem respostas proativas dos serviços que se estabelecem pelos seus atributos. Esses achados corroboram e propiciam discussões sobre as possibilidades de estruturação e organização da RAS, tendo essa como coordenadora da rede na perspectiva da melhoria na condição de saúde dos prematuros.

### **Contribuições para a área da enfermagem e saúde pública**

As implicações deste estudo para prática se remetem à importância e necessidade da efetiva e qualificada transferência desses prematuros, independentemente da IG, para os serviços da APS. É fator decisivo para que essa criança seja incluída na rede e suas demandas possam ser reconhecidas, atendidas e resolvidas. Os prematuros moderados e tardios possuem demandas de saúde específicas, especialmente associadas a ganho de peso e maiores

agravos agudos de saúde. Esses achados implicam a definição da APS como serviço que coordena a rede.

### Limitações do estudo

Entende-se como limitação do presente estudo aspectos relacionados à descrição de uma realidade local, não generalizável, e sob uma perspectiva de ofertas e demandas locais de atendimento, bem como as diferenças e desfechos clínicos que possam ocorrer dentro da faixa etária de 32 a 36 semanas de 6 dias e a não comparação com nascidos a termo ou prematuros extremos.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro acesso dos prematuros moderados e tardios aos serviços de saúde na APS é frágil/inexistente, podendo ser considerado fator decisivo na manutenção do acompanhamento programático

nos serviços. Prematuros que, em menor expressividade, acessaram esses serviços de forma efetiva, após alta hospitalar, desenvolveram uma atenção programática por meio da puericultura, o que permitiu a construção de uma RAS coordenada pela APS. Nos casos em que esse nível não foi referência/efetiva após alta hospitalar, a atenção à saúde não foi articulada em rede, visto que a porta de entrada nos serviços de saúde, em sua maioria, aconteceu pelos serviços de urgência e emergência, que atendem, de forma fragmentada, os agravos agudos ou agudização da condição crônica.

A atenção às condições de saúde se organiza e se estrutura de forma uniprofissional, centrada de forma exclusiva na figura do médico, fragmentada e desarticulada, o que impossibilita a formação de uma RAS na perspectiva desses prematuros. Entende-se que a manutenção da puericultura, tanto realizada com o médico quanto com o enfermeiro, na APS, contribui para atenção programática dos agravos crônicas e a (re)orientação dos serviços em casos de agravos agudos.

### REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 15];549 p. Available from: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965)
2. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MGA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1869-78. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
3. Santiago ACT, Moreira LMO, Lyra PR, Alves C. Perfil de crescimento de recém-nascidos prematuros menores de 32 semanas no primeiro ano de vida. *Rev Ciênc Méd. Biol*. 2014;13(3):269-73. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v13i3.12935>
4. Moreira RS; Magalhães LC, Alves CRL. Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2014;90(2):119-34. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.05.010>
5. Martínez LA, Fernández CEM, Álvarez RPG, Llorente A. Consumo de recursos sanitarios en atención primaria de los prematuros tardios: estudio caso-control en un centro de salud urbano. *An Pediatr*. 2015;83(3):213-5. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.03.002>
6. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):382-9. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400002>
7. Silva MEA, Reichert APS, Souza SAF, Pimenta EAG, Collet N. Chronic disease in childhood and adolescence: family bonds in the healthcare network. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e4460016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>
8. Nóbrega VM, Silva MEA, Fernandes LTB, Viera CS, Reichert APS, Collet N. Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51:e03226. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016042503226>
9. Pastura PSVC, Paiva CG. Transition to adult health care for adolescents with chronic conditions: practices of a tertiary care hospital in Brazil. *Rev Ped SOPERJ*. 2018;18(2):3-10. <https://doi.org/10.31365/issn.2595-1769.v18i2p3-10>
10. Fernandes LTB, Nóbrega VM, Silva MEA, Machado AN, Collet N. Supported self-care for children and adolescents with chronic disease and their families. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1318-29. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0553>
11. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate Brasília: OPAS [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18457>
12. Solano LC, Lacerda VS, Miranda FAN, Ferreira JKA, Oliveira KKD, Leite AR. Coordination of care for premature newborns: challenges for primary health care. *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1168. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190016>
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
14. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Relatório físico financeiro e de gestão de indicadores anual. [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 15]. Available from: <https://www.santamaria.rs.gov.br/docs/noticia/2015/03/D18-805.pdf>
15. Engle WA. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Semin Perinatol*. 2006;30(1):2-7. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2006.01.007>
16. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>



17. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
  18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011, 229p.
  19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
  20. Breivold K, Hjaelmhult E, Sjöström-Strand A, Hallström IK. Mothers' experiences after coming home from the hospital with a moderately to late preterm infant : a qualitative study. *Scandin J Caring Sci.* 2019;33(3):632-40. <https://doi.org/10.1111/scs.12656>
  21. Casey PH, Irby C, Withers S, Dorsey S, Li J, Rettiganti M. Home visiting and the health of preterm infants. *Clin Pediatr.* 2017;56(9):828-37. <https://doi.org/10.1177/0009922817715949>
  22. Goh LH, Choon HH, Kar HN. Failure to thrive in babies and toddlers. *Singapore Med J.* 2016; 57(6):287-91. <https://doi.org/10.11622/smedj.2016102>
  23. Vieira DS, Santos NCCB, Nascimento JA, Toso BRGO, Reichert APS. Nursing practices in child care consultation in the Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(4):e4890017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004890017>
  24. Silva MEA, Moura FM, Albuquerque TM, Reichert APS, Collet N. Network and social support in children with chronic diseases: understanding the child's perception. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(1):e6980015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006980015>
  25. Tangcharoensathien V, Kunihiko CH, Chompoonut T, Shaheda V, Orana C, Walaiporn P. Children and Women's Health in South East Asia: Gap Analysis and Solutions. *Int J. Environ. Res. Public Health.* 2020, 17, 3366. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103366>
  26. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. *Esc Anna Nery.* 2017;21(2):e20170028. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170028>
  27. Duarte ED, Tavares TS, Cardoso IVL, Vieira CS, Guimarães BR, Bueno M. Factors associated with the discontinuance of outpatient follow-up in neonatal units. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20180793. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0793>
  28. Braga PP, Sena RR. Devir cuidadora de prematuro e os dispositivos constituintes da continuidade da atenção pós-alta. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(3):e3070016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003070016>
  29. Silva RMM, Zilly A, Nonose ERS, Fonseca LMM, Mello DF. Care opportunities for premature infants: home visits and telephone support. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2020;28:e3308. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3520.3308>
-