

Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária^a

Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals

Referencia y contra referencia del bebe egreso de la unidad neonatal en el sistema de salud: percepción de los profesionales de salud de la Atención Primaria

Luana Cláudia dos Passos Aires¹

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos¹

Odaléa Maria Bruggemann¹

Marli Terezinha Stein Backes¹

Roberta Costa¹

1. Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis, SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever a percepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica acerca da referência e contrarreferência no cuidado do bebê pré-termo, de baixo e/ou de muito baixo peso ao nascer egresso da Unidade Neonatal no sistema de saúde. **Métodos:** Pesquisa exploratório-descritiva qualitativa. Foram entrevistados 31 profissionais nas Unidades Básicas de Saúde de Joinville/SC, de setembro a outubro/2014. Utilizou-se a Análise de Conteúdo categorial temática. **Resultados:** Emergiram três categorias: Comunicação entre o hospital e a Unidade Básica de Saúde de referência; Registro do acompanhamento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso; A visita hospitalar como uma estratégia para garantir a referência e contrarreferência. Para os profissionais de saúde o processo de referência/contrarreferência é precário, sem registro adequado de condutas e encaminhamentos e a Caderneta de Saúde da Criança é subutilizada. **Conclusão:** É necessário fortalecer a comunicação interinstitucional, para garantir a referência/contrarreferência adequada entre os serviços de saúde, bem como sensibilizar os profissionais acerca da importância dos registros.

Palavras-chave: Cuidado da Criança; Atenção Primária à Saúde; Prematuro; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify how the references and counter-references occur in the care of preterm, low and/or very low birth weight newborn after discharge from the Neonatal Unit in the Health Care System. **Methods:** Qualitative, exploratory-descriptive research. A total of 31 professionals from the Primary Health Care Units, Joinville/SC, were interviewed from September to October, 2014. Categorical thematic content analysis was used. **Results:** Three categories emerged. Communication between the reference hospital and Primary Health Care Unit; Follow-up records of preterm and/or low weight infants; Hospital visit as strategy to guarantee the references and counter-references. The health professionals considered the process of reference/counter-reference to be precarious, without adequate records of procedures performed and referrals made, and that the Children's Health Record Book was insufficiently used. **Conclusion:** It is necessary to strengthen inter-institutional communication to guarantee adequate reference/counter-reference among the health services, and to make professionals aware of the importance of the records.

Keywords: Child Care; Primary Health Care; Infant, Premature; Health Services.

RESUMEN

Objetivo: Describir la percepción de los profesionales de salud de la Atención Primaria acerca de la referencia y contra referencia en el cuidado del bebé prematuro, de bajo y/o muy bajo peso al nacer, egreso de la Unidad Neonatal. **Métodos:** Investigación cualitativa, exploratoria, descriptiva. Participaron 31 profesionales de Unidades Básicas de Salud de Joinville/SC entre septiembre y octubre de 2014. Se utilizó el Análisis de Contenido Temático. **Resultados:** Emergieron tres categorías: Comunicación entre hospital y Unidad Básica de Salud de referencia; Control de la inscripción del bebé prematuro y/o de bajo peso al nacer; La visita hospitalaria como estrategia para asegurar la referencia y contra referencia. Para los profesionales, la referencia/contra referencia es insuficiente y la Libreta de Salud del Niño está subutilizada. **Conclusión:** Es necesario fortalecer la comunicación institucional para garantizar los servicios de salud de referencia/contra referencia y sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de los registros.

Palabras clave: Cuidado del Niño; Atención Primaria de Salud; Prematuro; Servicios de Salud.

Autor correspondente:

Luana Cláudia dos Passos Aires.

E-mail: luana_aires08@hotmail.com

Recebido em 29/07/2016.

Aprovado em 20/02/2017.

DOI: 10.5935/1414-8145.20170028

INTRODUÇÃO

A crescente preocupação com os nascimentos prematuros está diretamente relacionada com os altos índices de morbimortalidade neonatal, já que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prematuridade é a segunda causa de morte de crianças com menos de cinco anos de idade, sendo que 75% destes óbitos poderiam ter sido evitados através de ações simples, como o uso de corticoide antenatal, antibióticos, surfactante, óxido nítrico e ventilação de alta frequência.¹

Em 1999, com a proposta de humanizar o atendimento ao Recém-Nascido (RN) hospitalizado, surge no Brasil a "Norma de Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso (NAHRNBP) - Método Canguru (MC)".² Considerada no país uma Política Pública de Saúde, propõe um novo modelo de assistência perinatal. Embora seja composto por várias ações integradas, o Método é reconhecido pelo contato pele a pele precoce, oferecido pela "Posição Canguru". É realizado em três etapas, sendo a primeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), a segunda na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) e a terceira após a alta hospitalar, no domicílio.²

Na terceira etapa do MC, quando ocorre a alta hospitalar, é realizado o acompanhamento da criança ambulatorialmente. Sugere-se que sejam realizadas três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana, até que o bebê atinja 2.500g.²

Atualmente, a proposta do Ministério da Saúde (MS) brasileiro é que seja realizada pelo menos uma consulta semanal no hospital de origem, sendo as demais consultas realizadas na Atenção Básica (AB) com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo a Visita Domiciliar (VD).²

No entanto, sabe-se que a articulação do nível primário e terciário de saúde ainda é frágil, sendo este acompanhamento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso realizado quase que predominantemente em nível hospitalar.^{3,4} O processo de referência e contrarreferência no sistema de saúde ainda é tímido e a comunicação entre os profissionais do serviço terciário e da AB ocorre de maneira ineficaz.

No Brasil, a AB é desenvolvida com a proposta de favorecer a aproximação do serviço de saúde à comunidade, através do acolhimento e relações de confiança que favoreçam o vínculo. É fortalecida pela ESF como modelo prioritário, que é composta de equipe multiprofissional que atua atendendo populações de territórios definidos, o que possibilita o planejamento das ações. Dentre as atividades profissionais estão o atendimento de ações programáticas e a demanda espontânea, favorecendo a promoção da saúde e prevenção de agravos, realizando um cuidado centrado no usuário. No ano de 2006 foi lançada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que dentre outras normativas traz a necessidade de pactuações e o estabelecimento de referência e contrarreferência.⁵

Partindo do pressuposto de que nem todos os bebês pré-termos egressos de uma Unidade Neonatal (UN) possuem

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

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

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada nas unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Joinville/SC/Brasil. O referencial teórico utilizado na pesquisa foi baseado nas políticas de atenção humanizada ao recém-nascido - Método Canguru e a política nacional de atenção básica.

O município de Joinville está localizado no norte do Estado de Santa Catarina (SC). No que tange a AB, o município dispõe de 57 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em nove regionais de saúde, sendo que destas UBS, 31 possuem equipes completas de ESF (54,38%).⁶ Este município conta com um importante projeto que está sendo desenvolvido pela Prefeitura Municipal, denominado "Estratégia de vigilância à criança em condições de risco - Programa Bebê Precioso", implementado em 2009, com objetivo de reduzir a mortalidade infantil e atender de modo integral a criança de risco de 0 a 11 meses e 29 dias, egressas da UN.⁷ A partir do Programa Bebê Precioso foi possível reduzir o coeficiente de mortalidade infantil do município, que passou de 10,1 mortes de RN para cada mil nascimentos em 2008 para 7,4 em 2012, sendo que a média nacional é de 15,7 mortes por mil nascimentos.⁸

Os participantes deste estudo foram profissionais das equipes de saúde da AB, sendo que os critérios de inclusão foram: ser médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, que estivesse atuando na AB há no mínimo seis meses, efetivos ou contratados e que tivessem atendido bebês pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso referenciados pelo Programa Bebê Precioso. Os critérios de exclusão foram: profissionais em férias, licença ou que estivessem afastados do serviço nos últimos seis meses. O número de participantes foi definido pela saturação de dados.⁹

Foram identificadas pela coordenadora do programa 29 UBS que haviam atendido "Bebês Preciosos" nos anos de 2013 e 2014, sendo destas, 15 UBS visitadas para a realização da coleta dos dados, buscando atender a maioria das nove regionais de saúde.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas a partir de um roteiro-guia que foi validado por três pesquisadoras da área, no período de setembro a outubro de 2014. As perguntas realizadas durante as entrevistas abordavam questões relativas ao conhecimento dos profissionais da AB sobre o atendimento ao bebê pré-termo, de baixo e/ou muito baixo peso ao nascer egresso da UN, sobre os cuidados específicos que estes demandam e o processo de referência e contrarreferência desta população no serviço de saúde. O convite para a participação no estudo foi realizado pessoalmente, sendo que o agendamento das entrevistas foi de acordo com a preferência de horário e local de cada profissional de saúde entrevistado. Quando na data agendada o profissional não se encontrava disponível para a realização da entrevista por motivos de demanda da unidade ou outras particularidades, a entrevista era reagendada.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal que atua no município investigado e que tem experiência com esta estratégia metodológica. Ocorreram em ambiente reservado, calmo e com o mínimo de influências externas, sendo gravadas em áudio e transcritas também, pela pesquisadora principal. Em três entrevistas os participantes recusaram-se à gravação em áudio, sendo respeitados os seus direitos e realizado o registro dos dados logo após a entrevista, para assegurar a originalidade dos dados. A duração das entrevistas variou de oito a 35 minutos.

Os dados foram analisados utilizando-se a Análise de Conteúdo do tipo categorial temática proposta por Bardin.¹⁰ Esta proposta, enquanto método, consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.¹¹ Seguiram-se as etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados - inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, foi realizada a transcrição das entrevistas e leitura flutuante do *corpus* de análise, sendo formuladas as hipóteses. Na fase da exploração do material ou codificação, os dados obtidos foram categorizados a partir da leitura exaustiva e saturação dos dados nas falas. Na fase de inferência e interpretação, os dados foram analisados sob a luz do referencial teórico, que neste estudo foram as Políticas Públicas de Saúde.

O estudo seguiu a normatização para atividades de pesquisa e intervenções com os seres humanos, obedecendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, como a inclusão dos participantes do estudo após a autorização formal mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram identificados pelas letras "E" para Enfermeiros, "M" para Médicos e "T" para Técnicos de Enfermagem, garantindo o anonimato. O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 34169514.0.0000.0115, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

(SES/SC) sob o número de parecer consubstanciado 767.502, de 27 de agosto de 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do presente estudo 31 profissionais da AB, sendo estes 14 enfermeiros, nove médicos (seis médicos da ESF e três pediatras) e oito técnicos de enfermagem. A maior parte dos profissionais era do sexo feminino, sendo a faixa etária distribuída entre 27 a 60 anos. Faziam parte da ESF 64,5% dos participantes, sendo que o tempo de atuação na AB variou de oito meses a 27 anos e o tempo de formado de dois a 36 anos. Do total de entrevistados, 29% possuíam outro vínculo empregatício, sendo mais expressivo esse número na categoria médica; 71% possuíam especialização, com maior percentagem para os profissionais de nível superior; 45,2% receberam algum tipo de capacitação em serviço referente à puericultura.

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

Comunicação entre o hospital e a Unidade Básica de Saúde de referência

No decorrer do estudo foram identificadas algumas fragilidades no processo de notificação das UBS para o início do seguimento do bebê egresso da UN na AB. No município estudado, a notificação para inclusão do bebê no Programa Bebê Precioso ocorre a partir do envio de um documento específico do programa, bem como o envio da Declaração de Nascido Vivo (DNV) para a UBS de referência da criança.

Eventualmente, observaram-se atrasos no envio dos malotes contendo estes documentos, o que expõe ao risco o bebê pré-termo, de baixo e/ou de muito baixo peso ao nascer que acaba de chegar ao domicílio. Ao questionar os profissionais de saúde da AB sobre como percebem o processo de referência e contrarreferência entre o hospital e a UBS, estes relataram uma discreta ou quase nula comunicação entre os diversos níveis de atenção.

Essa nossa comunicação está muito deficiente. Às vezes a contrarreferência é meio áspera, mas é melhor uma contrarreferência áspera e a gente se sentir mais tranquilo, mesmo porque ela vem com assinatura e carimbo, do que simplesmente o paciente ficar perdido aí no limbo sem saber para onde vai (M8).

Não tem muito uma contrarreferência, o paciente é meio que solto na rede. Vai e volta, "pipoca aqui, pipoca lá" e a mãe nem sabe o que faz (E8).

Observamos que a comunicação entre os serviços ainda ocorre, muitas vezes, de modo informal, nos "bastidores", quando um profissional que trabalha nos dois níveis de atenção

repassa as informações a que tem acesso. O presente estudo apontou que esta comunicação é ainda mais frágil quando se trata de um bebê egresso de hospital particular, talvez pelo fato do seguimento do bebê acontecer, na maioria das vezes, também em consultório particular, com o pediatra do convênio da criança, sendo a relação destas famílias com a UBS apenas para a realização de vacinas e teste do pezinho, por exemplo.

A comunicação é boa, pois a colega de trabalho também trabalha na maternidade (pública), e faz esse "meio de campo" (T3).

Os bebês pré-termos que vêm da maternidade (pública), vêm muito bem, notificados como Bebês Preciosos, com o resumo da alta, vem tudo muito bem anotadinho, e sempre está lá escrito "acompanhamento em sua UBS". Acho que isso eles priorizam bem [...]. Não percebo dificuldades na comunicação. Já os bebês pré-termos que eu recebo dos serviços particulares que é danado [...]. O Programa Bebê Precioso era para abranger todos os bebês de Joinville, mas os que nascem no particular acabam não sendo referenciados, não costuma ocorrer essa referência e contrarreferência do particular com o posto (M2).

Os serviços apresentam uma comunicação deficitária, e este atendimento solitário entre os profissionais dificulta a potencialização e continuidade do cuidado. Esta frágil comunicação entre os profissionais da saúde transfere a responsabilidade da difícil missão de realizar a contrarreferência ao paciente, neste caso, aos cuidadores do bebê. Sendo assim, depende de suas habilidades para dar continuidade ao acompanhamento e muitos acabam peregrinando em um sistema de saúde que apresenta um fluxo ainda fragilizado.

No Brasil, o atual movimento de sistematização da assistência à saúde tem seu foco voltado para um serviço oferecido em rede, compartilhado, com ênfase na promoção da saúde, em contrapartida ao ainda vigente atendimento segmentado, episódico, curativo. Esta mudança de modelo, todavia, é um desafio diário para os gestores e profissionais de saúde.¹¹

A organização hierarquizada dos serviços de saúde são premissas da dinâmica organizacional do SUS, possibilitando o planejamento e facilitando o acesso da população.¹² As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos que determinam os fluxos no SUS, tendo na AB a porta de entrada no sistema.⁵

Sabe-se que para a eficaz integralidade do cuidado é necessário protocolo de referência e contrarreferência entre todos os níveis de atenção à saúde.¹²⁻¹⁴ A contrarreferência confere responsabilidade compartilhada entre os serviços de saúde, principalmente para os casos de pacientes que apresentam risco.¹⁵ A tarefa de buscar um itinerário para a resolução das necessidades de saúde da criança não deve ficar sob responsabilidade exclusiva da família.¹⁵

A fragilidade de uma rede articulada de serviços de atenção à saúde da criança que garanta a efetividade da referência e

contrarreferência também foi observada em outros estudos, que apontaram desconhecimento por parte dos profissionais da UBS referente à alta hospitalar do bebê.^{13,16}

O seguimento do bebê egresso da UN demanda um cuidado diferenciado, que é facilitado por uma relação mais próxima entre o hospital de referência e a UBS, o que favorece a troca de informações e o acompanhamento contínuo, atendendo as necessidades especiais desta criança.^{17,18} O Programa Bebê Precioso é uma iniciativa que favorece o que está sendo proposto atualmente pelo MS: comunicação e contrarreferência entre o hospital e a AB, garantindo a continuidade do cuidado.^{2,7,17-19}

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

A comunicação formal para o processo de referência e contrarreferência do seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso na realidade estudada, quando ocorre, se faz através do registro do resumo de alta, no qual o setor terciário fornece à AB as informações do bebê durante a internação, e através de registros na Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Ambos os documentos são entregues aos familiares, ficando desta forma as crianças expostas à capacidade de seus cuidadores em repassarem corretamente as informações.

Muitas vezes a mãe não sabe contar o que foi falado pelos especialistas, às vezes ela não entende. Tem mãe que é super orientada, sabe dizer o que o especialista falou, agora tem mãe que não sabe falar. [...] Eu acho ruim essa parte da comunicação, deveria ser melhor. Até porque é a gente da Atenção Básica quem faz o acompanhamento mensal desses bebês (M3).

Eles mandam o laudo bem explicadinho, mas às vezes a mãe não traz esses papéis e a gente acaba ficando sem saber de alguma intercorrência ou algum cuidado que tem que ter com o bebê. Depende da mãe guardar o papel e entregar para a gente. Talvez fosse interessante mandar por malote o resumo de alta, e não pela mãe, de profissional para profissional (M5).

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

Os profissionais da AB queixaram-se da falta de registro do seguimento, dificultando seu acompanhamento no setor primário. Foi destacada a subutilização da CSC, muitas vezes justificada pela demanda expressiva e a sobrecarga de trabalho na qual os profissionais de saúde geralmente se encontram. O preenchimento incompleto da CSC, independentemente de suas razões, de um lado impossibilita o cuidado da criança de modo integral e, por outro, pode induzir as famílias a acreditar que seu

uso não tem importância. A qualidade desses registros também se apresentou deficitária. Alguns profissionais os consideraram insuficientes ou pouco específicos, tecnocratas, sem apresentar uma proposta de continuidade do cuidado.

Na alta eles vêm com um resumo de alta, mas é algo muito hospitalar. Vem muito pontuado: "intubado, recebeu ampicacina", sabe, algo muito hospitalar. Não dá muita dica no que a gente poderia estar ajudando eles, o que a gente poderia fazer aqui na Atenção Básica em nível domiciliar para ajudar no seguimento. Não é o resumo de alta, na verdade eles fazem um resumo da internação. Não é uma proposta do que fazer dali em diante (E6).

O que eu recebo de referência e contrarreferência nas minhas puericulturas está na caderneta da criança que, às vezes, vem preenchida, outras não. Às vezes eu pergunto para as mães determinadas coisas e elas não sabem informar. Eu peço para que as mães tragam por escrito, às vezes alguns profissionais escrevem, mas isso não é geral, e normalmente essa informação é de boca. E então, com as informações picadas, você tenta montar uma história. Isso é muito complicado. Tecnicamente por escrito não temos nada (M8).

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

A contrarreferência é péssima, é nula. Talvez, se ocorresse esse retorno, evitaria muitas reconsultas ou consultas desnecessárias com especialistas. Se houvesse a contrarreferência seria muito bom, a mãe traria o bebê para consulta e me mostraria o que houve na consulta lá, isso me ajudaria muito na minha consulta: "ah, então foi feito isso, então ele está assim [...]". Eu digo que há egoísmo e preguiça por parte dos profissionais, do tipo "eu vou fazer a minha parte, os outros que se virem" (E6).

Estudos semelhantes também identificaram que os registros do atendimento à criança são realizados de forma bastante sucinta, com anotações vagas e insuficientes.²⁰⁻²² Uma revisão integrativa de literatura apontou que desde a criação da CSC observam-se dificuldades para o seu correto preenchimento por parte dos profissionais, e que embora atualmente apresente uma discreta melhora no registro de dados como peso e altura, os mesmos não são transferidos para os gráficos.²¹ A falta de registro das atividades leva ao desperdício e vazio de informações.²² O uso adequado da CSC constitui um direito da população

infantil, pois é um importante documento de saúde da criança, sendo considerado um "histórico volante". Os pais devem ser instrumentalizados para utilizar as informações nela contidas.^{14,21}

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

Para os casos de evolução não satisfatória do bebê durante sua internação na UN (crianças de risco que necessitem cuidados especiais, que apresentem atraso ou dificuldade para o desenvolvimento), é preconizado que seja realizada uma visita hospitalar pela equipe da AB. O objetivo desta ação está em acolher a família, apresentar à equipe da AB o quadro clínico do bebê e garantir a consulta após a alta na UBS de referência em até cinco dias da alta hospitalar.

A visita hospitalar proposta pelo Programa Bebê Precioso é uma iniciativa que vem apresentando sucesso para facilitar a comunicação entre os níveis de saúde no município estudado, favorecendo o fortalecimento do processo de referência e contrarreferência. Esta proposta vem ao encontro do que preconiza o MS para envolver as equipes da AB no cuidado ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso, com ênfase para os bebês que estão participando da terceira etapa do MC, garantindo responsabilidade compartilhada no cuidado entre o hospital e a AB.

Os profissionais entrevistados destacaram a importância desta atividade como uma possibilidade de fortalecer o vínculo com os familiares e profissionais, sendo um importante momento para a transmissão mais detalhada das condições do bebê e suas necessidades de cuidados após a alta.

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

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

Eu acho importante a ida na maternidade, pois trabalhando em saúde da família você assume a população e é importante prezar o vínculo.[...] Então visitar o hospital numa situação dessas do Bebê Precioso eu acho muito importante, para a mãe que de repente fez o pré-natal com você, fez o pré-natal também na maternidade, seu vínculo fortalece. Não só a tomada de conhecimento da situação da criança em si, mas é uma criação de vínculo. E essa mãe acaba trazendo essa criança, com certeza, para consultar todo mês (M8).

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

As orientações da equipe multiprofissional durante a interação são fundamentais para a segurança do cuidado domiciliar, sendo assim, a comunicação entre o serviço de atenção terciária e a AB, neste processo, ampliará a confiança da família para desenvolver os cuidados ao bebê.^{15,18,23-25}

Sugere-se que os enfermeiros sejam os responsáveis pelo contato inicial com a AB, repassando informações importantes sobre o período de hospitalização da criança, agendando a visita hospitalar e garantindo a primeira consulta na UBS, podendo ser esta uma importante estratégia na superação da lacuna existente entre o hospital e a UBS.²⁶ Propostas que buscam a desospitalização e proponham cuidados domiciliares necessitam de pactuações e a garantia de acesso em todos os níveis de saúde, com fluxos de referência e contrarreferência bem estabelecidos.²⁷⁻²⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de atenção à saúde no país é formado por uma rede hierarquizada que apresenta comunicação ainda frágil entre os diversos níveis de atenção. Os profissionais de saúde entrevistados apontaram que o processo de referência e contrarreferência ocorre de maneira tímida, sem o adequado registro sobre as condutas e encaminhamentos realizados durante o atendimento à criança, além da subutilização da CSC. A tarefa de repassar as informações e garantir a contrarreferência ainda fica incumbida aos cuidadores dos bebês, tornando o atendimento a eles vulnerável.

No que tange ao atendimento do bebê egresso da UN, destaca-se a importância da realização de um trabalho articulado em rede, que preconize a comunicação antecipada entre a maternidade e a AB. A visita hospitalar se mostrou como estratégia adequada para estreitar as relações entre os profissionais de saúde e a família, garantindo a integralidade do cuidado e favorecendo o vínculo com a comunidade.

As limitações deste estudo estão no enfoque dos sujeitos que se deu, apontando exclusivamente as percepções dos profissionais de saúde de nível primário sobre o processo de referência e contrarreferência destes bebês. Sendo assim, recomenda-se a realização de estudos semelhantes que investiguem as percepções dos familiares e profissionais do nível terciário sobre o fenômeno.

Considerando os resultados do estudo, se faz necessário fortalecer o modelo de comunicação interinstitucional, garantindo um fluxo referência/contrarreferência adequado e que inclua todos os serviços de saúde, seja de caráter público ou privado. Além disso, espera-se que os profissionais de saúde

sejam sensibilizados quanto a importância do registro no atendimento à criança.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH). Born Too Soon: the global action report on preterm birth. Geneva; 2012 [cited 2016 Dec 21]. 111p. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_bornotoosoon-report.pdf
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. 2. ed. Brasília (DF); 2013 [cited 2016 Dec 21]. 282p. Available from: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>
3. Custodio N, Abreu FCPD, Marski BDSL, Mello DFD, Wernet M. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literature. Reme: Rev. Min. Enferm. [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Dec 21]; 17(4):984-991. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/900>. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130071>
4. Vasconcelos VM, Frota MA, Martins MC, Machado MMT. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery [Internet]. 2012 June [cited 2016 Nov 24]; 16(2):326-331. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200017>
5. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012 [cited 2016 Dec 21]. 110p. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
6. Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville (SC) - IPPUJ, organizador. Joinville Cidade em Dados 2014. Prefeitura Municipal de Joinville [internet] 2014; [cited 2015 Jan 10]: 150p. Available from: <https://ippuj.joinville.sc.gov.br/arquivo/lista/codigo/442-Joinville%2BCidade%2Bem%2BDados%2B2014.html>
7. Prefeitura Municipal de Joinville (SC), organizador. Programa Bebê Precioso. Joinville (SC); Prefeitura Municipal de Joinville; 2011. 39p.
8. Prefeitura Municipal de Joinville (SC). Programa municipal de saúde é destaque em cenário estadual e nacional. Prefeitura Municipal de Joinville [internet] 2013 Mai 27; [cited 2014 Dec 13]: [aprox. 3 telas]. Available from: <https://intranet.joinville.sc.gov.br/portalaradio/noticia/468-Programa+municipal+da+Sa%C3%BAde+%C3%A9+de+staque+em+cen%C3%A1rio+estadual+e+nacional.html>
9. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública [internet], 2008 Jan; [cited 2014 Nov 15]; 24(1):17-27. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102311X2008000100003&pid=S0102-311X2008000100003&pdf_path=csp/v24n1/02.pdf&lang=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011. 229p.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 [cited 2016 Dec 21]. 549 p.: Il. Available from: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
12. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc saúde coletiva [internet]. 2010; [cited 2014 Nov 20]; 15(1):161-170. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-81232010000100022&pid=S1413-81232010000100022&pdf_path=csc/v15n1/a22v15n1.pdf&lang=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>
13. Viera CV, Mello DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. Texto & Contexto enferm. [internet]. 2009 Jan/Mar; [cited 2014 Nov 15]; 18(1):74-82. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-07072009000100009&pid=S0104-07072009000100009&pdf_path=tce/v18n1/v18n1a09.pdf&lang=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100009>

14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno 33: Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF); 2012 [cited 2016 Dec 21]. 273p. Available from: https://mooc.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/27/zika_es/res/u3/cademo_33.pdf
15. Furtado MCC, Mello DF, Parada CMGL, Pinto IC, Reis MCG, Scochi CGS. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. Rev eletrônica enferm. [internet]. 2010 Out/Dez; [cited 2015 Jan 05]; 12(4):640-6. Available from: <http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/7625/8467>. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7625>
16. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. Texto & Contexto enferm. [internet]. 2011; [cited 2014 Nov 15]; 20(spe):263-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500033. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500033>
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF); 2011 [cited 2016 Dec 21]. Volume 1. 195p. Available from: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf
18. Aires LCP, Santos EKA, Costa R, Borck M, Custódio ZAO. Baby follow-up in primary care: interface with the third stage of the kangaroo method. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 21]; 36(spe):224-232. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500224&Ing=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56805>
19. Costa L, Silva EF, Lorenzini E, Strapasson MR, Pruss ACDSF, de Lourenzi Bonilha AL. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família. Ciênc cuid Saúde [internet]. 2012 Out/Dez; [cited 2014 Nov 10]; 11(4):792-798. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19414>. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i4.19414>
20. Martiniano CS, Souza FF de, Marcolino EC, Diniz BLPS, Guimarães MGC, Almeida DR de. Análise dos cuidados de puericultura e da relação puericultor-criança-cuidador na atenção básica. Rev bras pesqui saúde. [internet]. 2013 Jan/Mar; [cited 2015 Jan 06]; 15(1): 40-48. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5578/4063>
21. Gaiva MAM, Silva FB. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. Rev enferm UFPE. [internet]. 2014 mar; [cited 2015 Jan 12]; 8(3):742-9. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5357/pdf_4771. DOI: 10.5205/reuol.5149-42141-1-SM.0803201432.
22. Palombo CNT, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM. Use and records of child health handbook focused on growth and development. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 Aug [cited 2016 Oct 08]; 48(spe):59-66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700059&Ing=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000700059>
23. Sassá AH, Rosa TCS, de Souza SNDH, Rossetto EG. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. Ciênc Cuid Saúde [internet]. 2011 Out/ dez [cited 2016 Oct 08]; 10(4):713-721. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18315>. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i4.18315>
24. Tronco CS, Padoin SMDM, Neves ET, Landerdahl MC. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. Rev enferm UERJ [internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2016 Oct 08]; 18(1):108-113. Available from: <http://www.facefn.uerj.br/v18n1/v18n1a19.pdf>
25. Bengozi TM, Souza SNDHD, Rossetto EG, Radigonda B, Hayakawa LM, Ramalho DP. Uma rede de apoio à família do prematuro. Ciênc Cuid Saúde [internet]. 2010 jan/mar; [cited 2015 Jan 26]; 9(1):155-160. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10565/5753>. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.10565>
26. Coelho APC, Larocca LM, Chaves MMN, Felix JVC, Bernardino E, Alessi SM. Healthcare Management of tuberculosis: integrating a teaching hospital into primary health care. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 21]; 25(2):e0970015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200318&Ing=en. Epub July 07, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000970015>
27. Ministério da Saúde (BR). Programa Mais Médicos: orientações sobre a organização da Atenção Básica do Brasil. Brasília (DF); 2013 [cited 2016 Dec 21]. 22p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_orientacoes_organizacao.pdf
28. Ministério da Saúde (BR). Caderno de atenção domiciliar. Brasília (DF); 2013 [cited 2016 Dec 21]. Volume 2. 205p. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf
29. Alves KYA, Nascimento CPA, Santos VEP. Home visit as a care technology, teaching and research in nursing. Rev enferm UFPE [internet]. 2014 out [cited 2015 Jan 25]; 8(supl. 2): 3776-83. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4988/pdf_6465

^a Recorte da dissertação de mestrado “Percepções dos profissionais da atenção primária sobre o *follow-up* de bebês pré-termo e/ou de baixo peso e suas famílias: interfaces com o terceiro estágio do Método Canguru”, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - PEN/UFSC.