

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

VIVIANE DE SOUSA LACERDA

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO**

MOSSORÓ-RN

2016

VIVIANE DE SOUSA LACERDA

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Me. Lorrainy da Cruz Solano

MOSSORÓ-RN

2016

VIVIANE DE SOUSA LACERDA

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado pela aluna Viviane de Sousa Lacerda do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: 08 de Dezembro de 2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profº. Me. Lorrainy da Cruz Solano (FACENE/RN)

ORIENTADORA

---

Profº. Me. Amélia Resende Leite (FACENE/RN)

MEMBRO

---

Profº. Drº Kalyane Kelly Duarte de Oliveira (FACENE/RN)

MEMBRO

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela minha vida, sempre tão bondoso e fiel, pelo seu amor incondicional em permitir alcançar meus objetivos sempre a seu modo e tempo oportuno, pois bem sei que sem seu consentimento não seria possível minhas conquistas.

Aos meus amados filhos Erika Lacerda e Vinicius Leão minha fonte de inspiração, por estarem sempre ao meu lado me incentivando e dando força por meio do seu amor e carinho onde por muitas vezes tive que sacrificá-los pela minha ausência no dia a dia ao longo desses anos de curso.

Ao meu esposo e companheiro Charles Henrique, sempre tão dedicado com nossa família e compreensivo diante da minha incessante dedicação a faculdade, muitas vezes sem tempo para o mesmo, sempre me apoiando em todos os momentos com carinho, obrigada por fazer parte deste sonho.

Aos meus pais os mais sinceros agradecimentos por me fazerem acreditar que seria possível, ao meu pai Jenival Lacerda, infelizmente não estar mais em nosso convívio, mas onde tenho a plena certeza do orgulho que teria se aqui estivesse nesse momento tão importante, a minha amada mãe Irene Lacerda, sempre tão presente na minha caminhada, onde nunca mediu esforços em me ajudar na conclusão desse curso e em tudo que faço, me apoiando e me auxiliando na educação dos meus filhos, obrigada mamãe serei eternamente grata a senhora.

Aos meus queridos irmãos que sempre me incentivaram e apoiaram nessa jornada, serei eternamente grata por fazerem com que esse sonho se tornasse realidade.

Agradeço a minha orientadora Lorrainy Solano, uma profissional brilhante que me orientou com sabedoria e paciência no que veio a colaborar bastante para esse momento tão importante com suas contribuições enriquecedoras em horários mais inusitados para muitos, no entanto para ela era o único horário disponível, obrigada pela compreensão, disposição e sugestões que só vieram a enriquecer a pesquisa e minha vida acadêmica, levarei para toda existência tamanha determinação e exemplo de vida.

Aos componentes da banca examinadora por sua disponibilidade e contribuições no trabalho de conclusão de curso.

As residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família e Comunidade da UERN/PMM, Janeuma Kelly; Ana Renê, Natalia e Rafael

que me apoiaram na execução da pesquisa com seu acolhimento e conhecimento compartilhado.

Ao Enfermeiro Thiago Medeiros coordenador da URSAP que nos ajudou na organização do evento apoiando a execução da pesquisa.

Aos professores que colaboraram para com o aprimoramento do meu aprendizado ao longo do curso e por me conduzirem ao caminho da pesquisa científica, ao professor Thiago Enggle por me auxiliar na escolha magnífica da minha orientadora.

Aos meus colegas de profissão que sempre entenderam minha rotina de estudo ate mesmo durante o horário de trabalho.

Enfim a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró do Estado do Rio Grande do Norte pela excelência em mestres onde tive o prazer de conviver com ensinamentos repassados ao longo destes anos.

## RESUMO

O recém-nascido prematuro (RNPT) necessita de um cuidado mais atencioso por parte da equipe da Atenção Básica (AB), dessa forma sendo um desafio para a equipe pela sua demanda em um atendimento especializado com profissionais habilitados onde esse RN deve ser acompanhado na AB de acordo com a rede de atenção regionalizada. O Objetivo geral deste trabalho foi avaliar a coordenação do cuidado da ESF frente ao recém-nascido prematuro (RNPT) na segunda região de saúde do Estado do Rio Grande do Norte (RN). Como objetivos específicos, pretendeu-se caracterizar o perfil sócio demográfico da ESF; identificar a coordenação do cuidado ao RNPT na visão do profissional e, por fim, descrever a coordenação do cuidado na visão dos profissionais da ESF. Trata-se de uma pesquisa descritiva de cunho qualitativo que utiliza a proposta da pesquisa ação no qual teve como cenário a 2ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte. A população foi composta por sete profissionais que participaram da atividade educativa e responderam aos instrumentos da pesquisa. A primeira etapa foi realizada uma análise descritiva, sendo utilizadas as medidas de frequência absoluta e relativa. Na etapa seguinte foi considerado o que diz o documento base que orienta a análise do *PCATool* versão profissionais. E por fim, os dados da entrevista foram analisados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. Este estudo seguiu os preceitos da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) e está registrado no Comitê de Ética da Faculdades Nova Esperança CAAE 58741516.4.0000.5179. A caracterização dos participantes evidenciou que 70% eram enfermeiros e do sexo feminino com idade entre 26 e 75 anos predominando a faixa de 20 a 31 anos. O ano de conclusão do curso foi entre 1966 e 2013, prevalecendo também graduados com menos de cinco anos. 80% dos sujeitos tem pós-graduação, mas somente um deles na área de Saúde da Família. Atuam na AB há menos de quatro anos 80% dos profissionais e na mesma equipe. Todos têm como agente contratante a administração direta e somente um deles é estatutário. No item remuneração por desempenho 60% destes afirmam receber através de critérios relacionados a certificação do PMAQ. Os resultados do *PCATool* são expressos através da representação de escore médio entre 2,33 e 3,83 para coordenação de cuidados com a transformação com valor mínimo de 4,44 e o valor máximo de 9,44. Para a coordenação de informações o valor de escore médio foi entre 2,33 e 3,67 onde na transformação o mesmo obteve 4,44 com valor mínimo e 8,89 seu valor máximo. Emergiram das falas quatro categorias empíricas: retorno ao território da ESF, processo de trabalho da ESF, gestão municipal de saúde e microcefalia expõe fragilidades da coordenação do cuidado. Os resultados evidenciam que o retorno do RNPT ao território é permeado por fragilidades que precisa ser redimensionado para garantir o acesso e qualidade na assistência ofertada.

**Palavras-Chave:** Atenção Básica. Prematuro. Recém-nascido.

## ABSTRACT

The premature newborn needs better care by the Primary Care team in this way, being a challenge for the team due to its demand in a specialized care with qualified professionals where this newborn should be followed up at AB According to the regionalized attention network. Overall objective is to evaluate the coordination of FHT care to the premature newborn in the second health region of the state of Rio Grande do Norte (RN). The specific objectives are to characterize the socio-demographic profile of the FHT; To identify the coordination of care for the newborn in the view of the professional and finally to describe the coordination of the care in the vision of the FHS professionals. It is a descriptive action research with a qualitative approach. This is an action research of a qualitative nature that had as scenery the 2nd Region of Health of Rio Grande do Norte. The population was composed of seven professionals who participated in the educational activity and answered the research instruments. The first step was a descriptive analysis, using the absolute and relative frequency measurements. In the next step was considered what says the base document that guides the analysis of PCATool professional version. Finally, interview data were analyzed according to Bardin's content analysis. This study followed the precepts of Resolution 510/2016 of the National Health Council of the Ministry of Health and is registered in the Ethics Committee of Faculdades Nova Esperança CAAE 58741516.4.0000.5179. The characterization of the participants showed that 70% were nurses and women between 26 and 75 years of age, predominantly between 20 and 31 years of age. The year of completion of the course was between 1966 and 2013, prevailing also graduates under five years. 80% of the subjects have postgraduate degrees, but only one of them in the area of Family Health. AB has been active in AB for less than four years 80% of professionals and the same team. All have as contracting agent direct administration and only one of them is statutory. In the item remuneration for performance 60% of these affirm receive through criteria related to the certification of the PMAQ. The PCATool results are expressed through the mean score representation between 2.33 and 3.83 for coordination of care with the transformation with a minimum value of 4.44 and the maximum value of 9.44. For the coordination of information the average score value was between 2.33 and 3.67 where in the transformation it obtained 4.44 with minimum value and 8.89 its maximum value. Four empirical categories emerged: return to the ESF territory, work process of the ESF, municipal health management and microcephaly exposes weaknesses in the coordination of care. The results show that the return of the PTNB to the territory is permeated by fragilities that need to be re-dimensioned to guarantee access and quality in the assistance offered.

**Keywords:** Basic Attention. Premature. Newborn.

## **LISTA DE SIGLAS**

**AB** – Atenção Básica

**AM** – Aleitamento Materno

**APS** – Atenção Primária a Saúde

**C e D** – Crescimento e Desenvolvimento

**CE** – Ceara

**CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**DNV** – Declaração de Nascido Vivo

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**FNS** – Fundo Nacional de Saúde

**HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica

**ITS** – Infecções Sexualmente Transmissíveis

**MS** – Ministério da Saúde

**NASF** – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PCATool** – Primary Care Assessment. Tool

**PMAQ** – Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica

**PMT** - Prematuridade

**PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica

**PPI** – Programa Pactuado Integrado

**RAS** – Rede de Atenção a Saúde

**RN** - Recém-Nascido

**RNPT** - Recém-Nascido Prematuro

**SAD** – Serviço de Atendimento Domiciliar

**SESAP** – Secretaria do Estado de Saúde Pública

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** - Unidade Básica de Saúde



**URSAP** – Unidade Regional de Saúde Pública

**VISA** – Vigilância Sanitária

**ZIKV** – Zika Vírus

## LISTA DE QUADRO

<b>Quadro 1:</b> Categorias e subcategorias empíricas da avaliação da coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro na segunda região de saúde do Rio Grande do Norte. Mossoró-RN, 2016 .....	36
---	----

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1:</b> Resultado do atributo essencial coordenação do cuidado de acordo com o instrumento PCATool versão profissionais. Mossoró-RN, 2016.....	35
---	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Delimitação do problema e justificativa .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Hipótese .....</b>	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>19</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 Considerações acerca da Atenção Básica .....</b>	<b>20</b>
<b>3.2 Características do recém-nascido prematuro .....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 Coordenação do cuidado e o recém-nascido prematuro .....</b>	<b>24</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
<b>4.1 Tipo de pesquisa .....</b>	<b>28</b>
<b>4.2 Local da pesquisa.....</b>	<b>28</b>
<b>4.3 População e amostra.....</b>	<b>29</b>
<b>4.4 Instrumentos de coleta de dados .....</b>	<b>30</b>
<b>4.5 Procedimento para coleta de dados .....</b>	<b>31</b>
<b>4.6 Análise de dados .....</b>	<b>32</b>
<b>4.7 Aspectos éticos .....</b>	<b>33</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>34</b>
<b>5.1 Caracterização do Perfil do Profissional da ESF .....</b>	<b>34</b>
<b>5.2 A Identificação da Coordenação do Cuidado .....</b>	<b>34</b>
<b>5.3 A coordenação do cuidado na visão dos profissionais.....</b>	<b>36</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE A – Convite do evento para coleta de dados.....</b>	<b>68</b>

<b>APÊNDICE B - Roteiro de Debate .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE C-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE D – Modelo termo de compromisso da pesquisadora responsável.....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>73</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O recém-nascido prematuro (RNPT) necessita de um cuidado mais atencioso por parte da equipe da Atenção Básica (AB), dessa forma sendo um desafio para a equipe pela sua demanda em um atendimento especializado com profissionais habilitados onde esse RN deve ser acompanhado na AB de acordo com a rede de atenção regionalizada (BRASIL, 2011).

O documento acrescenta ainda que a interligação entre os diversos serviços de saúde em todos os níveis de complexidades é essencial no intuito de uma atenção integral e resolutive.

A prematuridade (PMT) é uma questão de saúde preocupante, pois necessita de envolvimento por parte da equipe da ESF na AB no cuidado imediato após a alta hospitalar. É preciso um acompanhamento amplo e contínuo no âmbito familiar, por ser um período para os pais cercado de inúmeras dúvidas e ansiedade merecendo apoio singular.

Considera-se RNPT aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação e de baixo peso, devido essas características tem maior risco de não se desenvolver de forma adequada, necessitando de um olhar diferenciado tanto por parte do cuidador como da equipe de saúde da AB ao qual pertence (BOTELHO et al, 2012).

A coordenação do cuidado na AB articula os diversos serviços com suas intervenções de forma contínua e adequada as suas necessidades, onde os profissionais envolvidos tem a responsabilidade com o usuário no sentido da coordenação da terapêutica em sua maioria, minimizando as barreiras de acesso em níveis assistenciais em tempo oportuno (ALMEIDA et al, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) defende que a AB deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), são elas: ser base, ser resolutive, coordenar o cuidado e ordenar as redes. Este estudo tratará da coordenação do cuidado uma vez que essa função dá-se por meio de seus profissionais responsabilizando-os pelo usuário através de uma relação contínua e integral, reconhecendo a necessidade de saúde do usuário e encaminhando-os quando necessário com resolutividade no tempo adequado e com equidade. (BRASIL, 2012a).

A coordenação do cuidado é considerada categoria essencial para a oferta da atenção primária de saúde (APS) de forma que a participação pública e abordagem comunitária são fundamentais para operar sobre os determinantes sociais de saúde no intuito de uma atenção

voltada para o usuário mais eficiente e com mais qualidade (KRINGOS et al, 2010 apud ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAM, 2012).

A ESF é um modelo substituto e reorganizador da AB caracterizando-se como a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde com região e população demarcada (AGUIAR, 2011).

O mesmo autor acrescenta que a saúde da família tira proveito de sistemas de informação em busca de monitoramento e tomada de decisões sobre fatores de risco que sujeitem a comunidade por meio da assistência integralizada englobando atividades de educação e promoção da saúde, gerando um vínculo de compromisso com a comunidade de forma a desenvolver o controle social das atuações e serviços de saúde.

### **1.1 Delimitação do problema e justificativa**

O índice de sobrevivência do RN prematuro, tem chamado a atenção para um estudo mais aprofundado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento trazendo como base a vulnerabilidade desse RN, o risco de morte e as sequelas que podem ser desenvolvidas em decorrência das condições de nascimento no que fazem despertar para a necessidade de uma avaliação do prognóstico e um acompanhamento mais preciso à longo prazo (MELO et al, 2013).

A PMT é considerada fator de risco, é algo que assusta as mães e familiares, chegando a ter uma necessidade maior de apoio por parte da equipe da atenção básica de saúde, a fragilidade dos RNPT contribui para a probabilidade de agravos e sequelas com distintas decorrências no processo do desenvolvimento e crescimento infantil.

O RNPT esta suscetível a intercorrências respiratórias aumentando chances de internações nos primeiros anos de vida; refluxo gastroesofágico; déficits visuais e auditivos; atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor e paralisia cerebral são consequências que pode acometer esse RN (ROVER et al, 2015). A PMT e o baixo peso ao nascer pode desencadear a retinopatia, cegueira sendo prevenível na infância.

O prematuro exhibe um desenvolvimento lento com atraso na estabilização comportamental, as lesões cerebrais acometem o sistema nervoso central (SNC), podendo vir a desenvolver complicações respiratória e comprometer o funcionamento do SNC refletindo na incidência de sequelas neurológicas (FORMIGA; LINHARES, 2009).

Com as inovações tecnológicas e a implementação de políticas e programas, a assistência neonatal vem aumentando a perspectiva de vida do RNPT, com isso surge a necessidade de uma preparação para os pais estendendo-se a família no cuidado com esse RN no âmbito familiar, que na maioria das vezes por fazerem parte de um grupo que tende a desenvolver problemas neurológicos com necessidade de acompanhamento por profissionais específicos, precisarão de atenção especial para um segmento adequado e melhor qualidade de vida para todos envolvidos (SASSÁ et al, 2011).

A condição vulnerável do RN os predispõem a desenvolver problemas futuros, associados ao crescimento e ao desenvolvimento dos mesmos. O tamanho desse RN traz insegurança no simples ato do cuidar, como o banho, entre outras tarefas que deixam os pais apreensivos com possíveis complicações, porque o associam a um ser frágil e com maior probabilidade de doenças graves, do que as crianças a termo.

Ao longo dos anos por meio da convivência e acompanhamento médico, os problemas de saúde no RNPT podem ser diagnosticados como o déficit motor, deficiência na aprendizagem e visual, retinopatia, agitação, paralisia cerebral, entre outros, trazendo sofrimento e dificuldade de aceitação das sequelas e complicações que os prematuros possam apresentar (ARRUDA; MARCON, 2010).

A família desse prematuro deve receber um apoio por parte da equipe na AB visando não apenas diminuir temores que possam dificultar essa adaptação pós-alta hospitalar, bem como da continuidade a um que depende de avaliações permanentes das demandas tanto do RN como da família, de acordo com a necessidade da criança e habilidades dos pais de maneira confiante na aplicabilidade de cuidados especiais que o RN de alto risco exige (SHIMIDITH et al, 2011).

A priori a equipe da ESF na visita domiciliar tem que realizar um acompanhamento amplo do prematuro, o mais indicado é na primeira semana após alta hospitalar, com a finalidade ajudar os pais em relação as múltiplas dúvidas em relação ao cuidado a amamentação, esclarecer que o RN demanda atenção especial, ajudando assim a fortalecer o vínculo mãe e filho, objetivando assim promover saúde e reduzir a mortalidade infantil.

A partir do estudo feito por Melo et al (2013), o Ministério da Saúde (MS) preconiza um atendimento diferenciado a essas crianças, recomendando uma assistência completa e ágil até sua total recuperação, orientando os cuidadores juntamente com seus familiares e acolhendo-os, através do programa de visitas domiciliares e acompanhamentos de retornos desses prematuros, viabilizando o segmento ambulatorial após alta hospitalar.



Mediante a vulnerabilidade do RNPT, exposto acima, a falta de conhecimento dos cuidadores ao receberem uma criança com prováveis necessidades especiais, emerge a questão de pesquisa desse estudo: Como acontece a coordenação do cuidado ao RN prematuro na ESF na segunda região de saúde?

Investigar acerca da coordenação do cuidado realizada pelas equipes da ESF na segunda região de saúde é relevante por ser a ordenadora do cuidado das RAS. A coordenação do cuidado é exercida pela equipe da AB com obrigações e deveres éticos perante a sociedade atuando com compromisso que lhes competem e habilidades complementares, comprometidos com objetivo em comum, trazendo a comunicação como fator importante no atendimento coordenado e qualificado na promoção e prevenção da saúde do RN e cuidadores (BRASIL, 2012c).

A 2ª Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP) apresentou como indicador de Mortalidade Infantil no ano de 2015, o valor de 13.5, que é a estimativa do risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Faz-se necessário explicitar que esse indicador variou de 0,0 em Felipe Guerra, Messias Targino e Serra do Mel até 54.5 em Tibau. Para o MS costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20) parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico. Valores abaixo de 10 por mil são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas reduzidas podem estar encobrendo más condições de vida em segmentos sociais específicos (RIO GRANDE DO NORTE, 2016).

Emerge, assim, a contextualização da PMT na Região, uma vez que esse acompanhamento inicia-se com a gestante no pré-natal estendendo-se até o pós-alta hospitalar, sendo realizada à visita domiciliar na primeira semana da chegada do RN em sua residência, orientando-os sobre a importância da primeira consulta ao pediatra bem como seu retorno, para a solicitação de exames laboratoriais, investigação na possibilidade de possíveis sequelas decorrentes da PMT e encaminhamento aos profissionais adequados caso seja necessário.

O objeto de estudo é relevante para a enfermagem por ser ela categoria fundamental na constituição da equipe da ESF. É inegável o envolvimento do enfermeiro acerca do planejamento, organização e tomada de decisões frente ao cuidado em saúde no âmbito da AB

confluindo para práticas profissionais direta ou indiretamente ofertadas ao RNPT. Assim, é válido para a enfermagem produzir conhecimento acerca da coordenação do cuidado.

Diante do exposto é possível entender sobre a coordenação do cuidado no dimensionamento da equipe, no planejamento e assistência de enfermagem e da coordenação no processo da realização do cuidado de maneira eficiente no acompanhamento do RNPT bem como de seus familiares instruindo e encaminhando quando necessário e zelando por uma assistência eficaz, segura e com qualidade.

A importância do desenvolvimento deste estudo para a pesquisadora participante se dá em virtude da experiência profissional como técnica de enfermagem no cenário da ESF no município de Icapuí-CE. O cuidado ofertado ao RN prematuro chama atenção pelas singularidades que envolvem a problemática.

## **1.2 Hipótese**

A coordenação do cuidado da equipe de ESF na abordagem ao RNPT na 2ª Região de Saúde acontece com fragilidades que afetam a qualidade da assistência e do acesso aos serviços da RAS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a coordenação do cuidado da ESF frente ao RNPT na segunda região de saúde do Estado do Rio Grande do Norte.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar o perfil do profissional da ESF;
- Identificar a coordenação do cuidado ao RN prematuro na visão do profissional;
- Descrever a coordenação do cuidado na visão dos profissionais da ESF.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Considerações acerca da Atenção Básica

A AB ou APS é o atendimento inicial, primeiro nível de atenção em saúde, conhecida como a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, atuando na organização da demanda de serviço nas redes de saúde com objetivo de desenvolver uma atenção integral no sentido de orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos de unidades locais e encaminhar de acordo com os níveis de complexidade (BRASIL, 2007).

A ESF emerge como ordenadora do cuidado nas RASs, considerada por seu potencial em gerar novas formas de cuidado, com melhores efeitos em relação aos apontadores de saúde, com capacidade de transformar o modelo da AB e melhorar condições de saúde do usuário (HAGGERTY et al., 2009 apud ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

A ESF visa à reorganização da AB no País a partir da compreensão da importância do trabalho de uma equipe multidisciplinar, no qual garante os princípios e diretrizes da saúde pública, em busca da qualidade dos serviços prestados e a promoção aos mesmos, a atuação da ESF é de forma específica e prioritária em sua região, o que colaborará para realização do planejamento, programação das atuações e serviços de saúde com um acolhimento prioritário direcionado aos problemas característicos de cada área em busca da qualidade desse atendimento (DALPIAZ; ESTEDILE, 2011).

A saúde é um direito de todos os cidadãos, obtida através do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando no repasse de recursos públicos de acordo com a lei, para os Estados, onde os princípios e diretrizes que regem a organização dos serviços e ações de saúde devem ser os mesmos nas três esferas de governo federal, estadual e municipal (AGUIAR, 2011).

O autor acima afirma que o princípio da universalidade garante os serviços de saúde a toda população, em todos os níveis de assistência sem preconceito; a equidade assegura os serviços de saúde a população de acordo com a complexidade de cada caso, priorizando as necessidades de cada ser; a integralidade aborda as ações e serviços com base na promoção, prevenção e recuperação individual e coletiva.

Na descentralização ocorre uma redistribuição de responsabilidades entre os três níveis de governos com destaque na municipalização, regionalização e hierarquização das redes de

serviços; a regionalização do sistema visa uma adequada repartição dos serviços de saúde para promoção da equidade de acesso e melhoria dos gastos (AGUIAR, 2011).

Teixeira (2011), mediante estudo, afirma que a hierarquização é a articulação das redes de serviços de saúde do mais simples ao mais complexo por meio de um sistema de informação de referência e contra referência. É a participação da população através das entidades representativas nas políticas públicas de saúde estimulando assim a comunidade no controle social (AGUIAR, 2011).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) ordena as redes de AB, com uma abordagem acolhedora e resolutiva na coordenação do cuidado do usuário, trabalhando na ampliação de diversidades de serviços prestados pela equipe a toda população de acordo com sua realidade, na implantação dos programas da AB (BRASIL, 2012a).

O mesmo documento complementa que a PNAB visa transformar o acesso e a assistência em saúde ofertada a população brasileira, qualificando em volta das necessidades do usuário, objetivando maior acessibilidade, agilidade com um cuidado acolhedor e humanizado.

A AB tem um intuito de atender a necessidade do usuário, é orientada pela coordenação do cuidado onde enfatizam o cuidado, o vínculo e a continuidade dos serviços com fortalecimento dos laços entre profissionais de saúde e população cadastrada, garantindo a permanência do atendimento, incentivando sobre a participação social em busca da melhoria do SUS (DALPIAZ; ESTEDILE, 2011).

A coordenação do cuidado tem existência a partir de uma rede integrada entre os mais distintos níveis de saúde, proporcionando de forma continuada diversas intervenções ao usuário, mediante suas necessidades de atenção em saúde e ajustada as suas perspectivas pessoais (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Almeida et al (2010) afirmam que a coordenação do cuidado é a articulação entre os distintos serviços e ações incluídas à atenção em saúde em completa harmonia voltados a um objetivo comum independente do local de onde sejam prestados, de caráter organizacional dentre os serviços de saúde. A coordenação do cuidado ainda é um desafio para o sistema de saúde, sendo alvo de políticas federais com objetivo de ampliar a AB na sua resolutividade apoiando a ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da AB.

Almeida; Giovanella e Nunan (2012), em seu estudo, consideram que a coordenação do cuidado é condição indispensável para a obtenção de uma resposta integral, capaz de atender ao conjunto de necessidades em saúde dos usuários, que envolve a integração entre os

níveis do sistema de saúde. Portanto, é possível alcançar melhoramentos na coordenação do cuidado e na qualidade da atenção mesmo diante de barreiras e desafios encontradas. A articulação entre demandas, ações e serviços de saúde tem que estar sincronizados, capaz de atender ao conjunto de necessidades em saúde dos usuários.

Segundo Westphal (2006) apud Demarzo (2011) os níveis assistenciais de saúde são subdivididos entre o nível primário, secundário e terciário.

Os autores acima relatam que o nível primário enfoca na prevenção, proteção e orientação do indivíduo, objetivando a melhoria da resistência e bem-estar da comunidade; nível secundário através de práticas clínicas preventivas e de educação em saúde, onde buscam detecções precoces de doenças evitando complicações futuras; e o nível terciário visa a recuperação das pessoas com consequências de doenças e acidentes.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) delibera os caminhos auxiliares das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviço, atuando no planejamento em Saúde com alocação de recursos de assistência em saúde resultante do acordo entre gestores municipais e estaduais com vistas a reorganizar as redes de atenção, dando concretude às diretrizes (BRASIL, 2005).

Aguiar (2011) afirma que a PPI, propõem deliberar a programação das ações de saúde em cada região e orientar o destino dos recursos financeiros, a partir de negociações expostas entre gestores, trazendo em seu desenvolvimento as preferências destacadas e os recursos propostos para tal com atenção para a regionalização de cada estado a partir dos níveis mais básicos de atenção.

### **3.2 Características do recém-nascido prematuro**

O cuidado correspondente do RNPT tem sido um desafio para a coordenação do cuidado da equipe de saúde da AB com intenção de evitar mortes até o primeiro ano de vida dos RNs. Estes nascem antes da data ideal e com peso inferior ao apropriado para sua idade, necessitando assim de uma atenção exclusiva por parte dos profissionais de saúde bem como da mãe e/ou cuidador para que tenha um desenvolvimento satisfatório. (BRASIL, 2012c).

De acordo com Freitas et al (2012), a redução da taxa de mortalidade da PMT é preocupação em saúde pública que está, estreitamente, ligado a problemas na atenção à saúde da gestante e do RN, principalmente em países menos desenvolvidos.

O pré-natal necessita de uma avaliação dinâmica para identificar os possíveis problemas e agir de forma eficaz na busca de resultados positivos, logo a ausência de uma

assistência adequada ao pré-natal pode implicar em riscos tanto para a gestante como para o RN (BRASIL, 2012 apud REBOUÇAS, 2015).

O nascimento de um RNPT marca a história de uma família para sempre, por nascerem antes do previsto são mais delicados e em alguns casos sem ter alcançado o desenvolvimento dos órgãos, quanto maior a PMT, maiores serão os riscos para sua saúde. As circunstâncias do nascimento serão analisadas pelos cuidadores no manejo do RN confluindo para superproteção, mas é preciso pensar que o prematuro pode ser menor do que RN a termo, porém irá crescer no ritmo dele e as expectativas terão que ser ajustadas (MELO et al, 2013).

Os autores defendem ainda que o RNPT deve ter um acompanhamento amplo tanto na clínica como no cuidado com suporte nas dificuldades de crescimento, desenvolvimento e alimentação e possíveis problemas que poderão vir a desenvolver: retinopatia, problemas de audição, problemas respiratórios e recomendações necessárias na imunização.

Silva e Guedes (2015) verificaram que os prematuros podem apresentar imaturidade, necessitando de maior observação e apoio nas funções de sucção, deglutição e respiração e imaturidade gástrica, como também menor organização dos estados comportamentais de sono, fatores que irão se organizar de acordo com o tempo de cada um.

O RNPT devem ser observados com atenção especial, pois a sua reserva nutricional é limitada, sendo suficiente apenas para poucos dias e está relacionada diretamente ao seu tamanho, a PMT do trato gastrointestinal pode impedir a oferta de nutrientes por acesso enteral (BRASIL, 2011 apud REBOUÇAS, 2015).

As causas da PMT são diversas, nos países desenvolvidos deve-se ao aumento de gestações múltiplas, técnicas de reprodução assistida e gestação em mulheres com mais de 34 anos de idade. Em países em desenvolvimento, a principal causa para a PMT é a fragilidade da assistência pré-natal (BRAGA; SENA, 2012).

Lopes; Santander e Marcon (2010) informam que os fatores de risco para RNPT são variados, a gravidez na adolescência tem sido uma das principais causas de riscos para a saúde do prematuro, bem como o baixo peso ao nascer, a PMT; as dificuldades socioeconômicas da família, dificuldades de assistência ao pré-natal, ganho de peso durante a gestação, alimentação inadequada, entre outros, tais fatores contribuem diretamente para a vulnerabilidade social dessa população.

De acordo com SASSÁ et al (2011), estudos mostram que a PMT está associada a vários fatores de ordem psicossociais, entre eles a falta de preparo psicológico para o recebimento de um filho na adolescência, nível escolaridade baixo, renda mensal abaixo do

salário mínimo, uso de álcool e drogas, podendo influenciar, diretamente, no nascimento de RNs prematuros.

A PMT está associada a diversas causas biológicas identificadas na gravidez, como no caso de infecções urinárias e vaginais, anemia, edema em membros inferiores, associado a hipertensão e proteinúria, sendo sinais de pré-eclâmpsia, cefaleia nessa fase deve ser investigada na prevenção de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia e em infecções sexualmente transmissíveis (ITS) o não tratamento pode ocasionar o RNPT (BRASIL, 2016b).

De acordo com Caon; Ries (2003), a prematuridade pode ser consequência de intercorrências clínicas como a anemia e a infecção urinária, hipertensão arterial, deslocamento prematuro de placenta, gestação múltipla e a placenta prévia ganham destaque, podendo levar alterações na metodologia de desenvolvimento.

### **3.3 Coordenação do cuidado e o recém-nascido prematuro**

A coordenação do cuidado é condição essencial para oferta dos serviços de saúde na AB, bem como sua integralidade, aborda de forma absoluta as necessidades de saúde do usuário que abrange a integração entre os níveis de sistema de saúde (HAGGERTY et al, 2009; ALMEIDA et al, 2011 apud ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAM, 2012).

A coordenação do cuidado da equipe da ESF desempenha uma assistência vigilante, humanizada e individualizada, atuando no sentido da prevenção de possíveis problemas que poderão ocorrer no domicílio e orientando como solucioná-los. Dessa forma a promoção de saúde deverá ser envolvida no plano de cuidados da equipe incluindo os pais na continuidade do cuidado (DIAS et al, 2015).

As necessidades dos RNs prematuros devem ser reconhecidas e valorizadas pelos profissionais de saúde. Evidencia-se que o acompanhamento ambulatorial ao RN pela equipe da AB de saúde deve ser centrado e voltado para orientação e detecção de sequelas ao longo prazo, com apropriada interação nos diversos níveis de saúde, atuando na observância para o déficit do crescimento e retardo neurodesenvolvimento (BRASIL, 2011).

A primeira visita domiciliar após a alta hospitalar tem que ser ampla, com resumo completo do parto e primeiras horas de vida do RN, com orientações exclusivas para cada caso orientando quanto a mamada exclusiva até os seis meses de idade explicando suas funções e melhoramentos e observar se o RN tem uma pega correta (BRASIL, 2012c).



O cuidado da equipe de saúde deve priorizar o incentivo ao aleitamento materno (AM), com seus valores nutricionais atuando como fator de proteção contra infecções e garantia do crescimento e desenvolvimento adequado do RNPT, tendo em vista que a efetivação do AM, constitui, na prática, vários desafios associados a dificuldade materna em manter a produção láctea durante o período de internação, interferindo diretamente tanto nas condições clínicas do RN como ao estado físico e emocional da mãe (SCHMIDT; HIGARASHI, 2012).

O MS, através da Rede Cegonha, expressa a garantia de que todos os RNs sejam assistidos a partir de boas práticas, baseada nos princípios de humanização, priorizando o clampeamento tardio do cordão, permanência do RN ao lado da mãe durante internação, desde os primeiros momentos de vida, com contato pele a pele e apoio à amamentação, participação do pai e oferta de todas as triagens neonatais (BRASIL, 2012e)

Araújo et al (2014), através de estudos, informa que a Rede Cegonha garante segurança e qualidade assistencial à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, bem como o cuidado integral ao nascimento da criança, crescimento e desenvolvimento aumentando o acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal com práticas humanizadas e eficientes de atenção.

Os autores acrescentam ainda que a Rede Cegonha visa a extensão do cuidado da criança até os dois anos de idade, com proteção no seu desenvolvimento nesse primeiro período da primeira infância.

A atenção à saúde da mulher deve ser de uma forma integral a partir de uma percepção expandida em sua totalidade, de acordo com sua demanda bem como de sua singularidade e condições enquanto sujeito (BRASIL, 2004).

O documento acima refere ainda que as atuações referentes ao melhoramento das condições de existência e saúde das mulheres deverão ser executadas visando a articulação entre setores governamentais e não-governamentais em busca de resultados esperados.

Araújo et al (2014) relatam que a saúde do Brasil encontra-se ainda em processo de construção, a assistência à saúde da criança vem sendo moldada do modelo centralizado na patologia e na criança, para um padrão de construção de redes, visando a inclusão da família e integralidade do cuidado, bem como o fortalecimento das políticas públicas estaduais e municipais, no processo contínuo de educação em saúde.

Na puericultura domiciliar as informações devem ser claras e objetivas, enfocando a necessidade de marcar a primeira consulta com o pediatra e sobre o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (C & D) do RN na AB de saúde, com períodos de acordo com

a idade do prematuro e a importância do calendário vacinal na prevenção de doenças (BRASIL, 2012b).

A chegada ao domicílio é uma ocasião crucial de adequação do neonato e dos cuidadores, uma vez que a partir desse momento serão os responsáveis por todo o cuidado prestado ao novo componente da família. Durante a assimilação do cuidar do RNPT no domicílio, revelam-se sentimentos de nervosismo com as prováveis complicações, porque o associam a um ser frágil e com maior probabilidade de doenças graves do que a criança a termo, o cuidado prestado ao RN contribui na redução da ansiedade e medos por parte da família, uma atenção humanizada traz uma rápida adaptação da família com seu RN e diminui o risco de estresse (FROTA et al, 2013).

A equipe de enfermagem é responsável pela realização dos cuidados ao RN, estando apto a fornecer informações e orientações que possam servir de apoio aos pais. Com este cuidado, orienta aos pais sobre o cuidado domiciliar, propiciando um sentimento de segurança, eficaz à continuidade de uma atenção de qualidade após a alta hospitalar (SCHMIDT et al, 2011).

Conforme Frota et al (2013), a coordenação do cuidado da equipe de saúde da ESF é de fundamental importância na visita domiciliar, deve incentivar no cuidado com o RNPT, onde os pais precisam ser orientados quanto ao cuidado ao receber visita, estimular o bebê a sugar, manutenção da temperatura do bebê, evitar aglomerados de pessoas, uso de medicações, de acordo com a prescrição médica, importância do retorno das consultas dentre outros, no entanto essa rotina pode dificultar o entendimento dos cuidadores necessitando assim de orientações claras e compreensivas.

A continuidade do cuidado na AB de saúde após alta hospitalar deve existir por meio de visita domiciliar com entrega da declaração de nascido vivo (DNV), mantendo assim a continuidade da assistência com avaliação global do RN apoio ao AM e encaminhamento para primeira semana de saúde integral na AB, para primeira consulta e marcação de retorno conforme necessidade (BRASIL, 2012c).

A condição de ser mãe e/ou cuidador de um RNPT desdobra-se em diversos significados diante das situações diferenciadas do dia a dia, levando em consideração que nem todas as mães estão preparadas para o cuidado de um filho prematuro. O âmbito familiar influencia positivamente no desenvolvimento deste RN, daí a importância de um acompanhamento mais frequente por parte da equipe de saúde responsável no intuito de preparar as mães para o cuidado domiciliar, o enfrentamento de possíveis intercorrências e tranquilizá-la para a continuidade do cuidado (BOTELHO et al, 2012).

Botelho et al (2012) acrescenta ainda que as mães atendem às necessidades básicas do filho, como alimentação, higiene, sono e repouso, dentre outras, estendendo-se ao apoio emocional, confirmando assim que a maneira de cuidar pode revelar sentimentos de afeto, apego, prazer, mas desencadeia inclusive sentimentos de cobrança, vigilância para promoção e manutenção do crescimento e desenvolvimento saudável.

A equipe da atenção básica de saúde, responsável pelo ato de cuidar, deve consentir que as necessidades sentidas pelas mães aflorem, ao invés de determiná-las. Devem desenvolver performances de assistência ao RN junto aos pais, estímulo ao toque e apropriação, pois os cuidadores provavelmente nunca se sentirão prontas para cuidar do RNPT, em virtude dos sentimentos de apreensão, inquietação e medo, comuns após alta hospitalar (FROTA et al, 2013).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa descritiva de cunho qualitativo que utiliza a proposta da pesquisa ação. Gil (2009) afirma que a pesquisa descritiva objetiva estudar os atributos de um grupo, os juízos, as atitudes e as crenças de uma população, proporcionando uma nova visão sobre a realidade já existente, bem como descobrir relações entre as variáveis.

A análise qualitativa consiste na interpretação em torno do conhecimento, sua natureza e limitações, atua sobre as pessoas que age de acordo com seus valores, sentimentos e experiências do homem em relação as vivências e crenças de uma sociedade, através de opiniões e interpretações na construção de novas abordagens e criação de novos conceitos durante a investigação de grupos para análise de discursos e documentos, caracteriza-se pela empiria e pela sistematização de conhecimentos de um grupo (IBGE, 1976; PARGA NINA et al., 1985 apud MINAYO 2010).

A pesquisa ação vem surgindo como um método para intervenção, ampliação e mudança no campo de grupos, organizações e sociedades tem o intuito de proporcionar conhecimentos claros e concisos, no que vem sendo incentivada em programas de extensão universitária e organizações comunitárias (GIL, 2016).

### **4.2 Local da pesquisa**

O cenário da pesquisa foi a 2ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte (RN) composta por quatorze municípios com uma população de 448.939 habitantes: Mossoró, Upanema, Grossos, Tibau, Serra do Mel, Baraúna, Campo Grande, Janduís, Messias Targino, Felipe Guerra, Apodi, Governador Dix-Sept Rosado, Caraúbas e Areia Branca (RIO GRANDE DO NORTE, [2013]).

Região de Saúde ou Abrangência configura-se como um dos fundamentos das RAS o que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão fornecidos nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com

abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços (BRASIL, 2010a).

O mesmo documento defende a necessidade de uma definição adequada de abrangência dessas regiões para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o Estado e o Município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.

A 2ª Região de Saúde do RN é administrada pela 2ª Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP) da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP). As URSAPs são instâncias administrativas que atuam junto aos municípios de sua jurisdição, assessorando e monitorando as ações desenvolvidas exercendo um papel fundamental no processo de regionalização da saúde e descentralização do SUS. O RN conta com seis URSAPs, sediadas nos municípios de São José do Mipibu, Mossoró, João Câmara, Caicó, Santa Cruz e Pau dos Ferros (RIO GRANDE DO NORTE, [2013]).

As URSAPs, participam ativamente da formulação das políticas de saúde voltadas para a AB, em consonância com as diretrizes propostas pelo MS, além de coordenarem e avaliarem as ações implementadas pelos municípios, buscando a atualização permanente e a troca de experiências, objetivando a melhoria da qualidade de vida (RIO GRANDE DO NORTE, [2013]).

#### **4.3 População e amostra**

Segundo GIL (2009), população é um conjunto de elementos com determinadas características bem como um total de habitantes de determinado lugar, logo a amostra é o subconjunto dessa população com afirmação de suas características.

A população deste estudo foi composta por três Coordenadores da AB responsáveis pela ESF e quatro profissionais integrantes da ESF dos catorze municípios pertencentes a 2ª Região de Saúde, administrados pela 2ª URSAP. Desse modo, foi uma amostragem por conveniência.

Gil (2009) especifica que na amostragem por conveniência o pesquisador escolhe os dados a que tem acesso, aceitando que eles possam representar o universo, é um tipo de amostragem menos rígida que pode ser aplicada em estudos exploratórios ou qualitativos por não demandar alto nível de precisão.

Como critério de inclusão para participar do estudo selecionamos: atuarem no serviço há pelo menos seis meses, considerado período oportuno de contato com a rede assistencial. O critério de exclusão: profissionais que estiverem em férias, licença.

#### **4.4 Instrumentos de coleta de dados**

O estudo aconteceu em três etapas para tentar responder aos objetivos específicos propostos e, por conseguinte, o objetivo geral. A primeira buscou caracterizar o perfil do profissional da ESF seja coordenador ou profissional. Para tanto, foi utilizado a Ficha de Informações para o profissional de nível superior da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). (ANEXO A) (BRASIL, 2016a).

Em seguida foi aplicado o instrumento validado denominado *PCATool (Primary Care Assessment Tool)* que fora criado para viabilizar a Avaliação da Atenção Primária no Brasil com versões autoaplicáveis destinados a crianças, adultos, profissionais e ao coordenador do serviço de saúde, criado por *Starfield & Cols* (STARFIELD et al 2000; STARFIELD; XU; SHI, 2001 apud BRASIL, 2010b).

Para sua adaptação a realidade brasileira o instrumento do *PCATool* foi transformada em uma ferramenta aplicável por intermédio de entrevistadores, onde o mesmo passou por um processo de tradução, adaptação e validação do conteúdo, sendo necessário para a avaliação da qualidade da APS (HARZHEIM, 2006; DUNCAN, 2006 apud BRASIL, 2010b).

Donabedian (1966) apud Brasil (2010b), relata que o *PCATool* foi desenvolvido de acordo com o modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, tendo em vista a estrutura, o processo e os resultados dos serviços de saúde. A coordenação da atenção é considerada um atributo dos quatro atributos essenciais da AB e pode ser avaliado separadamente. (ANEXO B).

Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. (BRASIL, 2010b, p. 9)

E por fim, visando incrementar a participação dos sujeitos da pesquisa foi ofertada uma intervenção nas instalações da 2ª URSAP, no dia 13 de outubro de 2016 (APÊNDICE A), para esclarecer o conceito de Coordenação do Cuidado para subsidiar a descrição do mesmo, seguido por um debate a partir do roteiro com questões-chave produzido pelas pesquisadoras confluindo para o RNPT (MINAYO, 2010) (APÊNDICE B)

#### **4.5 Procedimento para coleta de dados**

Na primeira e segunda etapa foram utilizados os instrumentos autoaplicáveis com os sujeitos da pesquisa (ANEXO A e B) no mesmo dia da ação educativa.

Conforme documento referência para uso do *PCATool*, na segunda etapa o instrumento (ANEXO B) tem como respostas possíveis para: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente para fazer um diagnóstico situacional.

A terceira e última etapa foi norteada pela Pesquisa Ação que, para Thiollent, 1985 apud Gil (2009), caracteriza-se pelo envolvimento tanto dos pesquisadores como dos pesquisados, onde a realidade não é fixa, o observador realiza função ativa na coleta de dados. É um tipo de pesquisa com base empírica onde os pesquisadores e participantes envolvidos no problema adotam uma relação cooperativa e participativa.

Para tanto, foi executada uma intervenção educativa sobre “Coordenação do Cuidado na AB” com base no roteiro da pesquisa (APÊNDICE B). Além disso, tal roteiro foi construído por questões-chave que propiciem o levantamento e a obtenção de informações elucidativas acerca dos objetivos propostos pela pesquisa e contém subdivisões que podem ser modificadas durante o transcorrer dos debates (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

A construção do roteiro para a realização da entrevista em grupo tem pelo menos duas condições imprescindíveis: ser suficientemente instigador, para permitir um debate entusiasmado e participativo e estimular condições de aprofundamento, fazendo jus ao que se pretende com esta técnica (MINAYO, 2010). As entrevistas em grupo foram gravadas com dispositivo móvel e transcritas logo após o encontro.

## 4.6 Análise de dados

Na primeira etapa foi realizada uma análise descritiva, sendo utilizadas as medidas de frequência absoluta e relativa. Na etapa seguinte, foi considerado o que diz o documento base do MS (BRASIL, 2010b, p. 72):

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“A” a “H”), não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“*missing*”) no banco de dados.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Além disso, devem-se seguir os passos descritos abaixo de acordo com o documento citado anteriormente:

**Coordenação** – O atributo é formado por 2 componentes

**Coordenação - Integração de Cuidados (C):**

**Itens = C1, C2, C3, C4, C5 e C6.**

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$

**Coordenação - Sistema de Informações (D):**

**Itens = D1, D2 e D3**

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (D1 + D2 + D3) / 3$

Os dados qualitativos foram analisados de acordo com a análise de conteúdo pela categorização de Bardin. Bardin (1977) apud Gil (2009) defende que a coleta de dados é uma técnica de investigação com finalidade de interpretação desenvolvida através da pré-análise, isto é, a organização, a leitura e a escolha dos documentos; em seguida vem a fase da exploração do material escolhido, uma fase mais extensa que envolve o recorte, a enumeração e a classificação e, por fim, a fase do tratamento dos dados, que visa a interpretação para tornar os dados válidos.



#### 4.7 Aspectos éticos

Visando a resguardar os direitos legais e jurídicos dos sujeitos envolvidos em pesquisas com seres humanos, este estudo seguiu os preceitos da legislação brasileira, referente ao tema a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do MS (BRASIL, 2012d). Seu registro no Comitê de Ética das Faculdades Nova Esperança é CAAE 58741516.4.0000.5179.

Por ocasião da coleta de dados, foi solicitado aos sujeitos, conforme citado anteriormente, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), após os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, os riscos envolvidos e os resultados esperados, assegurando a confidencialidade e a privacidade dos participantes.

Acredita-se, desta forma, atender as exigências legais para encaminhamento responsável e consciente da pesquisa.

Todo o material referente à pesquisa será arquivado, por um período de cinco anos, em local seguro, na sede da coordenação do projeto, situado na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, localizada em Mossoró, e será disponibilizado a equipe do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em qualquer etapa do estudo, caso solicitado.

Todos os resultados dessa pesquisa foram consolidados e utilizados para subsidiar futuras estratégias e políticas de atuação a nível municipal, estadual e nacional, no sentido de garantir o alcance de ações integrais com qualidade na rede dos serviços da AB, como também favorecer a melhoria do processo ensino-aprendizagem da graduação e pós-graduação em Saúde e outras áreas de interesse.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Caracterização do Perfil do Profissional da ESF**

Participaram da pesquisa sete profissionais oriundos de quatro municípios: Mossoró, Felipe Guerra, Messias Targino e Governador Dix-Sept Rosado. Vale ressaltar que todos os catorze municípios receberam convite e confirmaram participação no evento. Pode-se atribuir, como motivos para a ausência, o momento político de eleições municipais que expressam a fragilidade da condição do profissional inserido na AB na região de saúde.

Destes, 70% eram enfermeiros e do sexo feminino com idade entre 26 e 75 anos predominando a faixa de 20 a 31 anos. Essa informação é facilmente percebida nos serviços de saúde, onde predomina a força de trabalho feminina. No que diz respeito a ser enfermeiro, esse resultado será discutido como uma subcategoria empírica, posteriormente.

O ano de conclusão do curso foi entre 1966 e 2013, prevalecendo também graduados com menos de cinco anos. 80% dos sujeitos tem pós-graduação, mas somente um deles na área de Saúde da Família.

Atuam na AB há menos de quatro anos 80% dos profissionais e na mesma equipe.

Todos têm como agente contratante a administração direta e somente um deles (15%) é estatutário. Evidencia-se a fragilidade dos vínculos trabalhistas, uma vez que todos os demais são contratos temporários ou cargo comissionado. Conseqüentemente, não tem plano de carreira.

No item remuneração por desempenho, 60% destes afirmam receber através de critérios relacionados a certificação do PMAQ formalizado, mediante Lei ou Decreto (BRASIL, 2016a).

### **5.2 A Identificação da Coordenação do Cuidado**

O instrumento *PCATool* versão profissional foi aplicado antes da intervenção educativa, objetivando identificar o atributo essencial Coordenação do Cuidado. Os resultados estão expostos na Tabela 1.

**Tabela 1:** Resultado do atributo essencial coordenação do cuidado de acordo com o instrumento *PCATool* versão profissionais. Mossoró-RN, 2016

Coor. Int. Cuidados						C			C. S. Infor.			D		
C1	C2	C3	C4	C5	C6	Soma	Média	Transformação	D1	D2	D3	Soma	Média	Transformação
1	1	4	4	1	3	14	2,33	4,44	1	2	4	7	2,33	4,44
2	3	3	4	1	4	17	2,83	6,11	4	3	4	11	3,67	8,89
3	3	4	3	3	4	20	3,33	7,78	3	4	4	11	3,67	8,89
4	4	4	2	4	4	22	3,67	8,89	3	4	4	11	3,67	8,89
1	4	4	4	1	4	18	3	6,67	3	4	4	11	3,67	8,89
3	4	4	4	4	4	23	3,83	9,44	4	3	4	11	3,67	8,89
3	4	4	4	3	4	22	3,67	8,89	3	4	4	11	3,67	8,89

O instrumento de qualificação da AB o *PCATool* no atributo de coordenação é dividido em dois componentes, dentre eles encontra-se a coordenação de integração de cuidados representado pela letra C, composto por seis itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6); a coordenação de sistema de informações representado pela letra D, composto por três itens (D1, D2 e D3). Cada item do componente é uma interrogação na avaliação da coordenação para o profissional.

Cada participante respondeu individualmente aos nove itens, sua resposta foi aplicada na fórmula do instrumento, obtendo o escore médio e a transformação. O resultado da transformação foi utilizado para ser avaliado de acordo com valor representativo da qualificação. (KESSLER et al, 2015).

Os resultados da pesquisa se deram pela representação de escore médio entre 2,33 e 3,83 para coordenação de cuidados com a transformação com valor mínimo de 4,44 e o valor máximo de 9,44. Para a coordenação de informações o valor de escore médio foi entre 2,33 e 3,67, onde na transformação o mesmo obteve 4,44 com valor mínimo e 8,89 seu valor máximo.

Percebe-se que a coordenação da AB mostra respostas significativas, uma vez que a aplicação do instrumento de avaliação de qualificação da AB teve apenas dois participantes com pontuação inferior a 6,6, enquanto cinco participantes tiveram pontuação a partir de 6,6 referenciada com alta qualidade no serviço prestado.

Contudo é essencial buscar a melhoria da qualidade da assistência prestada pelas equipes da ESF no território, mediante o conhecimento e aproximação entre equipe de ESF e comunidade, oportunizando reflexões nos itens C1 e D1 considerados com escore baixo, não perdendo de vista os demais que tiveram escore alto. Intensificando a oferta de elementos teóricos e conceituais que possam disparar um processo de mudança nos cenários da ESF na segunda região de saúde no RN fortalecendo as RAS.

### 5.3 A coordenação do cuidado na visão dos profissionais

Serão apresentados os resultados no Quadro 1 seguidos da discussão. Após o processamento dos dados emergiram quatro categorias empíricas: retorno ao território da ESF, processo de trabalho na ESF, gestão municipal de saúde e microcefalia expõe fragilidades da coordenação do cuidado.

**Quadro 1:** Categorias e subcategorias empíricas da avaliação da coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro na segunda região de saúde do Rio Grande do Norte. Mossoró-RN, 2016

Categoria empírica 1	Retorno ao território da ESF	
Subcategoria empírica	Núcleos de sentido	Unidade de Registro
	Descrição das ações da equipe no retorno do RN prematuro ao território da ESF P1; P2.	[...] a primeira coisa que foi feita é a equipe vai pra saber se agente tem condições de preparar esse paciente para o atendimento (P1); Faria uma visita com a equipe da Estratégia e ficaria acompanhando com C e D (P2).
Equipe da ESF frente ao retorno do RN prematuro ao território.	Necessidade de Apoio Matricial P1; P4; P5.	[...] porque quando já chega tem NASF, tem Residência (P1); Tem reunião com o NASF( P4); [...] mas foi possível conseguir

		fazer uma espécie de apoio, não seria um apoio terapêutico singular mas seria um apoio matricial pegando o NASF (P5).
	Fragilidade na articulação entre os diferentes níveis e locais de prestação de serviços P1; P3; P4; P5.	[...] não existe essa articulação, ver quais são os problemas, o que foi diagnosticado, o que deve ser feito (P1); Durante o internamento a equipe já teria conhecimento desse caso e já estaria até acompanhando (P3); [...] chegam ambulâncias deixam as mulheres vão embora não esperam nem que elas passem no atendimento pra poder saber se ela vai permanecer (P4); Eu pergunto será que a maternidade fez algum contato com a Atenção Básica? (P5).
<b>Categoria empírica 2</b>	<b>Processo de trabalho na ESF</b>	
Subcategoria empírica	Núcleos de sentido	Unidade de Registro
Descrevendo o processo de trabalho na ESF.	Dificuldades da ESF no manejo continuado P1; P2; P3; P5; P6.	[...] a Estratégia principalmente em Mossoró ele não tem como abraçar todos os pacientes que tem esses problemas (P1); [...] a Estratégia de Saúde da Família, ela é muito batida por falta isso, falta aquilo ou se não, não faz isso não faz aquilo porque está faltando isso e aquilo (P1); Reunião de equipe somente

		<p>enfermeiros com ACS (P2);</p> <p>Eu venho no programa de saúde da família desde que ele começou pra mim havia mais, não sei, digo a palavra interesse (P3);</p> <p>[...] está existindo o dia de pré-natal daquele médico porém não vai ninguém, porque o enfermeiro fez uma politica pra que ninguém fosse pra médica (P1);</p> <p>[...] e a médica não atende mais ninguém naquele dia porque aquele dia é de pré-natal (P1);</p> <p>Acho que principalmente pelo diálogo mesmo, assim, com a equipe [...] não ter um profissional na equipe de não ter um médico(P5);</p> <p>[...] tem paciente que por exemplo vem pra cá pra uma consulta particular vem e volta pra o município o médico solicitou alguma coisa, a gente começa a perder o controle, porque não passam pela Atenção Básica (P6);</p>
	<p>Considerações acerca do atributo coordenação do cuidado.</p>	<p>Principalmente antes dessa criança tá na UTI ela fez o pré-natal [...] só precisa ter base, porque num simples C e D você faz o cuidado, numa simples consulta do puerpério você faz isso (P1);</p> <p>[...] na Atenção Básica lá na base porque a gente ver que há filas que</p>

		<p>nunca se acabam fisioterapia por exemplo (P5);</p> <p>[...] não tem essa rotina da gente está acompanhando, depois de ponto negativo é que a gente passa, infelizmente a realidade é essa (P6).</p>
	<p>Realidade da invasão dos territórios da ESF</p> <p>P1; P3; P4; P5.</p>	<p>[...] tem até um caso agora do surto da microcefalia vem de Caicó e que é registrado em Mossoró porque tá na UTI do município e a mãe tá residindo aqui e ficou como sendo do município (P1);</p> <p>[...] minha área Governador Dix-sept Rosado a pessoa lá quase não me dava nada só me deu o nome da mãe e da criança ai eu fui tentar localizar essa criança era de Areia Branca (P3);</p> <p>[...] essas que moram em Mossoró Natal ai vai para município fazer o pré-natal, porque tem o salário maternidade, as vezes chega com uma, duas ou três consultas vai embora para Natal ou Mossoró ninguém sabe acontece (P4);</p> <p>[...] a gente sabe que aquela questão de ser fora de área, o agente de saúde de repente não consegue chegar aquela família no território (P5).</p>
	<p>Discutindo outras possibilidades para fortalecer o processo de</p>	<p>[...] a gente precisaria de um atendimento domiciliar que é o</p>

	trabalho na ESF P1; P5.	SAD que ainda não foi implantado e que não tem como agente tá arcando com essas situações (P1); É muito importante a gente está dialogando, trazendo essas estratégias ferramentas porque muitos não sabem como fazer (P5);
	Cultura do encaminhamento P2; P5; P6.	[...] encaminharia já para o pediatra fazer um acompanhamento especializado (P2); [...] porque por mais que a gente tenha uma pactuação perfeita, mas também não rever isso, porque é muita ressonância é muita tomografia é muito especializada é muito encaminhamento e como é que isso realmente está se dando? (P5);
		[...] geralmente são exames de alto custo tem realmente, e, principalmente, pela dificuldade que está sendo pelo SUS se tem a necessidade, não é porque o paciente chega e acha que está tendo dor de cabeça a dois, três dias, o médico tem que avaliar pra ver se vai fazer uma tomografia (P6);
	Responsabilidade sanitária centrada no enfermeiro P5; P6.	[..] eu acho que o conhecimento ele tem que não sair só do enfermeiro (P5); [...] eu lembro que as capacitações que aconteceram com essa



		<p>microcefalia, com as regiões, com os municípios, teve momento com o enfermeiro, muito mais com o enfermeiro, jogando a responsabilidade sanitária no profissional e ai fica difícil (P5); Assim a equipe do NASF se reúne comigo que sou a coordenadora e com a enfermeira mas pra reunir a equipe todinha é muito difícil é uma peleja muito grande pro município (P6).</p>
	<p>Significados do trabalho da ESF P1; P3.</p>	<p>Em Mossoró as pessoas já vêm diretamente pras UPAS e maternidades e pros hospitais ai é que se acaba mesmo a estratégia (P1); [...] todo canto eu digo o seguinte o programa de saúde da família é um programa muito bom (P3).</p>
<p><b>Categoria empírica 3</b></p>	<p><b>Gestão Municipal de Saúde</b></p>	
<p>Subcategoria empírica</p>	<p>Núcleos de sentido</p>	<p>Unidade de Registro</p>

<p>Implicações para a gestão municipal de saúde.</p>	<p>A problemática que envolve a judicialização da saúde. P1;P6.</p>	<p>Eu vejo que o Ministério Público ele é valido na parte de avaliar, avaliação ali no Tarcísio Maia é por indicadores, mas na assistência real de como ela está acontecendo diz que essa assistência ela é falha porque os indicadores na maioria das vezes está tudo bom (P1);          Inclusive o promotor foi pra sala da secretária e a gente apresentou slide o que é Atenção Básica, o que é media complexidade, o que é alta complexidade (P1);          [...] A gente queria realmente que a promotoria tivesse perto pra conhecer a realidade pra depois vir cobrar da gente (P6);          [...] o promotor muitas vezes não tem o conhecimento que ali é dever do estado e não é do município, aí obriga o município a comprar o município vai e fica comprando até que entre os trâmites judiciais pra poder derrubar, pra ficar dever do estado o município já tem gastado um absurdo (P6).</p>
	<p>As pactuações na segunda região de saúde          P1; P3; P4; P5; P6.</p>	<p>A maioria dessas crianças vem pra Mossoró (P1);          É problemático sim, eu acredito na dificuldade das pactuações (P3);          [...] acredito que a primeira coisa é conhecer o que tem pactuada voltada pra esse RN prematuro</p>

		<p>(P4);</p> <p>[...] as pactuações é pra ser o inicio, mas as vezes termina na pactuação e quando a gente vai olhar Mossoró a gente enlouquece (P5);</p> <p>[...] eu fui pra uma reunião em Natal a coisa mais linda, cheguei olha é muito fácil vamos fazer assim, de imediato ajeitamos tudo. Cadê? Não tem vaga, resumindo conseguimos: a criança está fazendo acompanhamento em Fortaleza (P6);</p> <p>[...] dizer é difícil essa coisa de pactuação por que você paga o produto e você não leva entendeu era muito melhor você pegar o dinheiro, pegue, vá, faça seu exame (P6).</p>
	<p>A construção da Rede Cegonha P1; P6.</p>	<p>[...] acho que pra ter essas consulta, pra ter esse encaminhamento, pra saber onde esse próprio RN ele está na rede, a gente precisa construir primeiro, a Rede Cegonha (P1);</p> <p>[...] a Rede Cegonha existe, se a gente pegar no papel e a gente vê cada setor faz seu papel porém a articulação que a Rede Cegonha preconiza mais não existe (P1);</p> <p>[...] A gente tem a Rede Cegonha</p>

		que é outra coisa linda só no papel (P6).
	A confecção de fluxos na rede P1; P4.	[...] no município de Mossoró a gente tentou fazer um fluxograma, na linha de cuidados automaticamente para aproximar os profissionais tanto da Atenção Básica como da maternidade mas tivemos um pouco de dificuldade (P1); [...] pensando em regiões como é que está esse encaminhamento esse fluxo como é que esses bebês chegam a Mossoró? (P4); Acho que nessa lógica de ver como estamos por onde começar acho que a gente tem que rever algumas coisas, tentar alinhar outras pra direcionar mais esse cuidado ao RN prematuro (P4).
	Necessidade da Educação Permanente em Saúde P1; P3; P6.	Porque se não existir educação em saúde pra esses profissionais, nunca vai dar continuidade (P1); [...] porque na realidade sempre havia encontros com profissionais com equipes dos programas da saúde (P3); [...] foi que dificultou e muito o trabalho da gente porque no papel é tudo muito lindo mas quando agente vai pra realidade é totalmente diferente (P6).
	Atuação da Unidade	[...] e a fiscalização não vai tendo

	<p>Administrativa da Região P1; P3; P4.</p>	<p>uma meta, tipo você tem que ter essa meta ate tal ano e vá melhorando e as cobranças não existem (P1);</p> <p>[...] a coordenação geral tanto ia verificar como estava cada município, o que estava fazendo, oque não estava, como ia ter o trabalho de orientação em alguma coisa que não estava sendo feito bem correspondido, ultimamente, eu acho que isso está muito pouco (P3);</p> <p>[...] como é que estamos isso enquanto região já que esses quatro municípios estão aqui, mais assim começar a pensa um momento pra isso (P4).</p>
	<p>Repases Financeiros entre os entes municipais, estaduais e federais P1; P3; P6.</p>	<p>[...] o município tem que arcar tudo, de onde é que tira, da Atenção Básica aí um dinheiro que já era pouco vai ficar menos ainda (P1);</p> <p>[...] o governo federal ele cria os programas, por sinal o programa de saúde da família, mas o que manda de repasse para as prefeituras uma coisa é tão pequena que as prefeituras já estão lotadas e ficam sem condição de fazer porque o que manda pra equipes de saúde não paga nem o médico (P3);</p> <p>Em Felipe Guerra nós temos muito</p>

		<p>casos assim, insulina que é pra ser dever do Estado, quer dizer a gente não vai deixar uma paciente morrer por conta, lá vai licitação e tudo pra comprar mais de 500 reais por mês porque não é só um paciente dessa insulina que é dever do estado (P6).</p>
	<p>Críticas à atuação da gestão municipal de saúde P1; P5.</p>	<p>[...] a parte da gestão eu acho falho (P1); [...] então assim é interessante que estamos no mesmo prédio mas como existe uma dificuldade da questão da inter-setorialidade, é dentro da secretaria, imagine se a gente for pensar externo (P5).</p>
	<p>Demandas relacionadas a hierarquização do SUS P1.</p>	<p>[...] automaticamente as pessoas que estão ao nosso redor também não entendem o que é a saúde, o que é Atenção Básica, o que é alta complexidade, o que é media complexidade (P1).</p>
	<p>Aspectos da regulação em saúde P3; P5; P6.</p>	<p>Secretaria é responsável pela regulação (P3); Só, assim quando a gente pensa na pactuação, essa questão da regulação que vem os exames, alta complexidade e tudo, eu fico pensando também, como é que está esse diagnóstico, como é que está isso lá na Atenção Básica? (P5);</p>

		[...] a dificuldade está muito grande eu estou desestimulada com isso sinceramente (P6).
	Arestas da municipalização P6.	O que é um erro muito grande porque tudo agora está sendo rebolado para o município (P6); [...] e o município está ficando sem verba pra suprir os usuários não tem dinheiro (P6); [...] se você não comprar no município pequeno esculacham na hora porque acham que estão passando a mão no dinheiro e não estão comprando a medicação (P6).
	Debatendo intersetorialidade P1; P5.	[...] a conversa com muitas vezes setores até da própria secretaria de saúde porque não estão disponível a estudar nem que seja o próprio fluxo, a gente tem que continuar com essa luta, continuar cobrando pra que a gente possa não ser só Atenção Básica (P1); É desafiador pensar na intersetorialidade na região de saúde (P5).
<b>Categoria empírica 4</b>	<b>Microcefalia expõe fragilidades da coordenação do cuidado</b>	
Subcategoria empírica	Núcleos de sentido	Unidade de Registro
Singularidades da microcefalia com relação às	Rede desorganizada gera impactos negativos na assistência prestada as crianças com	[...] quando veio esse surto era os pais, eram os profissionais, era todo mundo perguntando a gente o

<p>fragilidades da coordenação do cuidado.</p>	<p>microcefalia P1; P3; P5; P6.</p>	<p>que fazer porque o Ministério também não tinha, a própria maternidade por conta do Ministério, modificou a questão de, de avaliação dessas crianças (P1); La em Messias Targino foram dois casos suspeitos, mas foi confirmado mesmo que não tinha microcefalia, mas quem bancou tudo desses dois pacientes, essas duas crianças foi o município a gente ligava, ligava e eles falavam da reunião disse que cada paciente ia receber dois mil e duzentos, mas não recebemos nada (P3); [...] aqui a gente ainda está caminhando com essa discussão da microcefalia tentando dar um apoio pra essas famílias que estão com essas crianças (P5); [...] só que a maior dificuldade nossa em Felipe Guerra, nós só temos um caso mas que não foi diretamente associada a questão do famoso mosquito, porque a paciente era usuária de droga e tudo mais. Assim, a dificuldade que nós tivemos foi direcionar os atendimentos (P6); [...] muitas vezes a gente desenvolve nosso papel mas é barrado com outras coisas que estão bem acima da gente e esse</p>
--	---	---



		negocio da microcefalia foi um baque assim muito grande porque as mães ficavam angustiadas (P6).
--	--	--

**Fonte:** Pesquisa de campo (2016)

A categoria empírica I, em relação a subcategoria Equipe da ESF, frente ao retorno do RNPT ao território, traz o questionamento de como é realizada a abordagem na visita domiciliar ao RNPT, através da equipe de saúde da AB e a realização de possíveis encaminhamentos a outros profissionais quando necessário, originando os núcleos de sentidos: descrição das ações da equipe no retorno do RNPT ao território da ESF; necessidade de apoio matricial; fragilidade na articulação entre os diferentes níveis e locais de prestação de serviços.

O núcleo de sentido descrição das ações da equipe no retorno do RNPT ao território da ESF os participantes relataram que a equipe da ESF dos seus municípios realizavam a visita domiciliar na primeira semana ao RNPT, agendando para o C e D encaminhando quando necessário para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), através do apoio matricial.

A assistência à criança visa a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento com propósito de orientação sobre prevenção de acidentes, avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, esclarecer dúvidas entre a família, imunização, incentivar o aleitamento materno, acompanhar a criança no primeiro ano de vida. (GUBERT et al, 2015).

O autor acrescenta que as ações de saúde na ESF, atuam no controle das doenças prevalentes, colaborando assim para a promoção da qualidade de vida, tornando-se indispensável o empenho conjunto em família e equipe.

Os participantes relataram sobre necessidade de apoio matricial, considerado indispensável na equipe de ESF, responsável por organizar o desenvolvimento de ações básicas em saúde, dando um suporte especializado a equipes e profissionais com dimensão assistencial e educativa.

Brasil (2013) informa que o NASF funciona a partir do Apoio Matricial, compartilha uma assistência multidisciplinar com maior resolutividade, partilhando práticas e saberes na área através de uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas, ampliando a forma de pensar, interagir e do cuidar na busca do cuidado continuado.

O Apoio Matricial visa a organização para a gestão do trabalho em saúde, objetivando a realização da clínica ampliada nas diversas especialidades, ofertando apoio especializado a equipes e profissionais da saúde de forma interativa. O Apoio Matricial depende das ações entre equipe de saúde, do alargamento dos cenários em que se concretiza a atenção especializada e da construção partilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os elementos da equipe de referência e profissionais que atuam nessa estratégia (CUNHA; CAMPOS 2011).

O NASF é composto por uma equipe multiprofissional que trabalha de forma associada com as equipes de Saúde da Família, apoiando a solidificação da AB, expandindo a abrangência e resolutividade em seu território e definindo em conjunto com as equipes conectadas e critérios para guiar outros pontos de atenção (BRASIL, 2013).

Fragilidades na articulação entre os diferentes níveis e locais de prestação de serviços foram recorrentes na visão dos participantes.

A articulação é essencial entre as unidades de atendimento, um contato prévio para que esse prematuro seja acompanhado na sua integralidade bem como seus familiares seriam importantes, esse contato entre os profissionais e unidades responsáveis fazem a ponte para a continuação do cuidado.

A articulação é relevante na atuação dos serviços em saúde, a referência e contra referência representa a necessidade do usuário a variados graus de complexidade, onde tem que ser realizada de forma eficaz e coesa, no entanto essa articulação dos serviços na sua organização ainda é pouco empregada, o serviço na atenção é responsável pelo cuidado que deve ser acompanhado, visando garantir outros níveis de assistência (COSTA, 2014).

Na segunda categoria empírica em relação à subcategoria, descrevendo o processo de trabalho na ESF, traz o questionamento sobre a realização do trabalho na ESF a continuidade do cuidado e suas fragilidades originando os núcleos de sentido: dificuldades da ESF no manejo continuado; considerações acerca do atributo coordenação do cuidado; realidade da invasão dos territórios da ESF; discutindo outras possibilidades para fortalecer o processo de trabalho na ESF; cultura do encaminhamento; responsabilidade sanitária centrada no enfermeiro e significados do trabalho da ESF.

Existem dificuldades da ESF no manejo continuado, os participantes abordam os desafios que permeiam as ações de saúde retratada, através da falta de insumos, investimento e diálogo entre as equipes tanto internamente como externamente, fragmentando assim a integralidade da atenção.

Na continuação do cuidado surge a necessidade do trabalho especializado, se observa ausência de responsabilidade coletiva do trabalho, pouca interação entre os profissionais; fragmentação do processo de trabalho; isolamento dos profissionais em suas competências; ausência de recursos, estrutura física e técnica afetada e falta de comprometimento dos profissionais e gestão de serviços de saúde, no entanto, quando a interação entre a equipe é prejudicada, a constituição e implemento de um projeto para a comunidade, conseqüentemente, é afetada (MOTTA, BATISTA, 2015).

Em considerações acerca do atributo coordenação do cuidado, os sujeitos relataram que esse cuidado pode ser facilmente executado pela equipe da ESF, para isso basta que o profissional tenha qualificação para execução de programas básicos e para identificar as necessidades de atendimentos especializados como puericultura e acompanhamento do C e D da criança e demais programas garantindo assim a continuidade da atenção.

A coordenação do cuidado é a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde de forma organizada, sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, em busca da satisfação do cliente atendendo a necessidade do usuário integralmente, de forma eficaz, menos custo e com uma percepção de continuidade do cuidado (ALMEIDA et al, 2010).

Expressaram a realidade da invasão dos territórios da ESF a dificuldade na coleta de informações, quando o usuário vai em busca de atendimento em outra área que não seja a sua, dificulta os dados para os profissionais do município onde, muitas vezes, ficam sem os elementos necessário para um trabalho de qualidade.

Rigotto e Augusto (2007) apud Cangussu (2014) relatam que o território identifica o perfil demográfico, epidemiológico, social e cultural de uma área, a partir do território é possível apreender as metodologias e as intenções de uma população o que colabora para diagnosticar condições de risco social, tais informações auxiliam na sua reformulação bem como na busca das parcerias inter-setoriais, contribuindo para ações de prevenção e promoção à saúde.

Discutindo outras possibilidades para fortalecer o processo de trabalho na ESF, ficou claro que os participantes identificam inúmeras dificuldades, mediante situações vivenciadas na ESF, mencionado assim a importância da implantação de outras estratégias para fortalecer o processo de trabalho em ações de saúde na ESF como o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).

O SAD disponibiliza assistência a pacientes que não podem se deslocar ao atendimento ambulatorial, foi inserido dentro dos princípios de acolhimento integral, com atributos de suporte humano e social fora das fronteiras da instituição, com a finalidade de

oferecer um apoio global ao paciente em seu domicílio, prevenindo ao máximo as internações e permitindo o convívio familiar (REBELO, 2014).

O planejamento e a autoavaliação são instrumentos norteadores da organização do processo de trabalho em ações de saúde, tais mecanismos podem se consolidar mediante diálogo com a equipe, podendo alterar o processo de trabalho e se manifestar em ações de saúde, tais influências participativa e negociada nas equipes podem levar a diferentes ponderações e possibilidades de ajustes (CRUZ et al, 2014).

A cultura do encaminhamento está arraigada nos profissionais. Os participantes relataram sobre a liberação desorganizada de encaminhamentos para as mais variadas especialidades e exames, do simples ao mais complexo, trazendo uma problemática para os gestores diante da fragilidade do sistema de saúde atual.

Os encaminhamentos são instrumentos de gestão e do cuidado, deve haver diálogo entre as equipes nos pontos de atenção no sentido de incluir a resolutividade e competência de coordenação do cuidado, quando o usuário é encaminhado para o cuidado especializado (BRASIL, 2015).

Pessoa Junior et al (2014) abordam que a responsabilidade sanitária centrada no enfermeiro é um fato. Percebe-se que o enfermeiro centraliza uma carga de trabalho exaustiva em sua responsabilidade na ESF, e tem dificuldade de reunir toda a equipe para discutir as articulações de promoção a integralidade da atenção a saúde da população.

Os autores acima acrescentam que existe uma associação entre o papel do enfermeiro e a Vigilância Sanitária (VISA) com desígnio a saúde humana na probabilidade da proteção e promoção da saúde, sendo assim um campo desafiador ao enfermeiro, a VISA tende em resguardar a sociedade através da regulação, coordenação e controle dos riscos bem como fatores de risco à saúde.

A educação em saúde é um dos principais instrumentos que a VISA e a Enfermagem empregam, para que as pessoas atuem de caráter positivo na sustentação e na otimização da condição de vida humana. A alocação do cuidado de Enfermagem no serviço de VISA beneficia a identidade do enfermeiro influente nas ações sanitárias.

Os significados do trabalho da ESF foi externado sobre a falta de conhecimento do usuário acerca dos serviços ofertados nos níveis de complexidade, deixando, muitas vezes, de procurar atendimento na sua área, levando problemas para níveis de atendimento que não compete com sua necessidade.

A ESF foi criada em substituição ao modelo tradicional da AB de forma a organizar o atendimento ao usuário, visando a ampliação dos serviços prestados com base na promoção,

prevenção e proteção a saúde, atuar no território com foco na família em busca do atendimento específico e qualificado de acordo com a necessidade de cada território (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Na terceira categoria empírica, em relação a subcategoria implicações para a gestão municipal de saúde, aborda os desafios para implementar a integralidade de assistência a saúde no SUS aos usuários, através de situações vividas e acessos da população aos serviços e gestão do cuidado, emergindo os núcleos de sentido: a problemática que envolve a judicialização da saúde; as pactuações na segunda região de saúde; a construção da Rede Cegonha; a confecção de fluxos na rede; necessidade da Educação Permanente em Saúde; atuação da Unidade Administrativa da Região; repasses financeiros entre os entes municipal, estadual e federal; críticas à atuação da gestão municipal de saúde; demandas relacionadas a hierarquização do SUS; aspectos da regulação em saúde; arestas da municipalização; debatendo intersectorialidade.

A problemática que envolve a judicialização da saúde sinalizou que nem o custo nem a compra estão previsto no planejamento de saúde, mas o gestor não tem opção, o mandato judicial passou a ser uma via de acesso ao sistema, a judicialização na saúde dificulta as ações em saúde e está bem distante da realidade, dos padrões que envolvem a saúde, realizando seus julgamentos sem apropriação de conhecimento sanitário.

A judicialização no Brasil ocorre na esfera da saúde pública e privada, procura efetividade do acolhimento às necessidades de saúde por meio de decisões judiciais que determinam o direito adquirido das pessoas nas instituições públicas e privadas ao acesso a tratamentos, cirurgias e até mesmo medicamentos, quando negada ao usuário nas unidades de saúde (CARLINI, 2012).

As pactuações na segunda região de saúde são fracionadas e isoladas sem visão de planejamento regional de caráter apenas administrativo, fugindo a ótica sanitária, fragilizando as ações de saúde na região.

É preciso considerar que as pactuações pela saúde envolvem a consolidação das metas pactuadas pelo município nas atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho na AB, onde trabalhadores de saúde atrelados envolve a preparação das metas municipais de forma filtrada, sendo que nem sempre faz sentido para a realidade local da atenção a saúde. Tal comprometimento depende da articulação dos intérpretes sociais e das várias formas de ver o habitual e os problemas percebidos (SOPHIA, TEIXEIRA, 2014).

Os participantes apontaram a necessidade da construção da Rede Cegonha que está aprisionado ao papel. Faz-se necessário ampliar o acesso e melhorar a qualidade do Pré-Natal como também transpor as fragilidades nas unidades de atendimento hospitalares.

Guerra et al (2016) defendem que a Rede Cegonha é uma política nacional de atenção integral a saúde, preconiza proteção integral ao processo de gestação, parto, nascimento, puerpério e início da vida, em termos da gestão do cuidado e do sistema, organizando os serviços e as equipe de saúde, de forma que respeitem os direitos reprodutivos na possibilidade de melhorar a atenção a saúde da mulher.

É importante a confecção de fluxos na rede frente a dificuldade no diálogo entre os diferentes pontos das unidades de atendimento, a falta de comunicação, interação entre profissionais limita a atenção ao usuário, prejudicando as ações intersetoriais no território.

APS é fundamental para o sistema de saúde, de grande importância na estruturação das redes, com responsabilidade de fazer a ponte entre os diferentes níveis de assistência, atuando como ordenadora e coordenadora dos fluxos do cuidado, sua localização propicia a ligação entre os usuários e os demais pontos de atenção, garantindo a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários (BRASIL, 2012f).

Surge a necessidade da Educação Permanente em Saúde para contemplar a formação e desenvolvimento dos profissionais no sentido da continuidade do cuidado.

A educação em saúde visa à promoção da saúde e à aproximação direta entre profissionais e usuários, na busca de uma relação que permita a coparticipação com objetivo de oportunizar momentos de reflexões e ações capazes de possibilitar um aprendizado consciente propiciando a troca de experiência entre profissionais e usuários do serviço de saúde (FERREIRA et al, 2014).

O autor acima acrescenta ainda que na educação em saúde influencia nas decisões dos indivíduos, sendo reflexo para seu nível de saúde, onde tem que trabalhar de acordo com a realidade das pessoas dando ênfase a seus aspectos culturais e seus diferentes níveis socioeconômicos.

Momento interessante registrado pelos participantes acerca da atuação da Unidade Administrativa da Região, há relatos da falta de fiscalização por parte da coordenação geral de saúde, ausência de cobranças e de metas, fazendo com que os problemas se instalem nos municípios.

A gestão administrativa assegura as atividades políticas, técnicas e administrativas desenvolvidas com propósito de garantir a condução, direção e organização dos serviços de saúde em seu contexto, atuando no desenvolvimento conjunto de ações de promoção de saúde

bem como no controle e avaliação do sistema municipal de saúde (TEIXEIRA; MOLESINI, 2002).

Outra questão preocupante são os repasses financeiros entre os entes municipais, estadual e federal. Os municípios vivenciam a realidade da escassez de recursos financeiros e necessidade de repasses em tempo hábil frente as grandes demandas de serviços em saúde.

Aguiar (2011) informa que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta de cada esfera de sua atuação e movimentado sob inspeção dos Conselhos de Saúde. Na esfera federal os recursos financeiros serão geridos pelo MS através do Fundo Nacional de Saúde (FNS). O MS através de auditoria acompanhará os repasses para Estados e Municípios, metade dos recursos designados a Estados e Municípios serão distribuídos de acordo com o total de habitantes.

Críticas à atuação da gestão municipal de saúde, os participantes apontam a imobilidade de alguns gestores em tempos de carência de recursos financeiros, sobretudo no atual contexto político e econômico do Brasil. Faltam os materiais e insumos essenciais na AB, deixando os profissionais desmotivados.

O gestor municipal é responsável por ações e serviços de saúde do município bem como ações básicas, ações hospitalares e de maior complexidade mediante o exercício de funções de coordenar unidades ambulatoriais e hospitalares, controlar e auditar os prestadores de serviços e realizar negociações (AGUIAR, 2011).

Surgem demandas relacionadas a hierarquização do SUS, os participantes relatam que até mesmo alguns profissionais de saúde não tem o conhecimento sobre os níveis de complexidade do sistema de saúde, o que atender e para onde encaminhar, gerando dificuldades no manejo continuado do RNPT.

Aspectos da regulação em saúde pode-se indicar a lentidão nos atendimentos em relação a consultas, cirurgias solicitadas, prejudicando os tratamentos e aumentando assim a lista de espera, tais atitudes teriam que melhorar, para que reflita em um melhor acolhimento com resultados positivos.

A regulação da assistência à saúde tem a função de coordenar as ações e os serviços de saúde, no que se refere a consultas médicas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, precisão e indicação clínica em tempo adequado selecionando, assim, os procedimentos e consultas, apenas com indicação clínica para realizá-los, evitando consultas e/ou procedimentos desnecessários (BRASIL, 2015).

Arestas da municipalização demonstradas pela sobrecarga financeira dos municípios frente a grande demanda da população geram desconforto na atuação dos profissionais interferindo na qualidade da atenção.

As demandas crescentes apresentadas frente às necessidades públicas não são atendidas integralmente, são limitadas, falta efetividade por parte do Estado e tais limitações orçamentarias dificultam as ações positivas do Estado (SOUZA, 2012).

Debatendo intersectorialidade corroborou para refletir acerca das dificuldades de articulação entre os distintos segmentos de saúde. A intersectorialidade em saúde é uma estratégia ainda em construção, implica na troca de saberes entre os profissionais em forma de parcerias que demandam modificações no modo de pensar e de agir, numa atuação integrante visando conseguir efetividade das ações em saúde. Na intersectorialidade é imprescindível a construção de espaços comunicativos com objetivos comuns, viabilizando, assim, o planejamento participativo das ações da saúde coletiva (SILVA; RODRIGUES, 2010).

A última categoria empírica com a subcategoria singularidades da microcefalia com relação às fragilidades da coordenação do cuidado trouxe questionamentos amplos muito além da doença em si, marcando as fronteiras da assistência ao RNPT na ESF.

A rede desorganizada gera impactos negativos na assistência prestada as crianças com microcefalia, transitando desde o desconhecimento sobre a doença até as dificuldades do MS em orquestrar essa problemática no cenário brasileiro. Por ser algo novo, o Ministério não estava preparando os profissionais para acolher essas crianças e pais no sentido de dar suporte a situação, foram surgindo muitas dúvidas para poucas respostas, gerando aflições.

Estudos demonstram que, no Brasil, ainda não é possível ter um número exato de infecções pelo Zika Vírus (ZIKV), porque cerca de 80% dos casos infectados não irão manifestar sinais ou sintomas até por falta da busca dos pacientes pelos serviços de saúde. Não existe ainda uma quantidade de teste sorológico (IgM e IgG) disponível para todos os usuários, sendo possível essa identificação do vírus apenas no quadro agudo, devido o surto que esta acontecendo no Brasil (HERLING et al, 2016).

Os autores continuam informando que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou emergência de saúde pública. O aumento de casos de bebês com microcefalia são expressivo pelo fato das mulheres grávidas demandarem uma abordagem acelerada. Ainda não existe comprovação científica sobre a associação exclusiva do ZIKV com a microcefalia, desde 2015 se estuda a respeito.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coordenação do cuidado é uma propriedade organizacional dos serviços de saúde com a finalidade da continuidade do cuidado ao usuário, fazendo a articulação entre os serviços e ações de saúde, voltados a obtenção de um objetivo comum dentre os níveis de complexidades de forma em que as intervenções do cuidado sejam compreendidos pelo usuário de forma ininterrupta, apropriada às suas necessidades de atenção em saúde.

A pesquisa objetivou avaliar a coordenação do cuidado ao RNPT entre as equipes da AB de Saúde na visão dos profissionais da ESF, onde os resultados revelam que os objetivos sugeridos foram obtidos.

Os resultados desta pesquisa mostram que a hipótese foi confirmada apesar da ausência de alguns profissionais da equipe da AB da 2ª Região de Saúde mediante o contexto político que estamos vivenciando.

Foi observado, nos resultados obtidos, que no retorno do RNPT ao território, em relação aos diversos níveis de serviços e acesso a saúde, existem fragilidades na articulação desses serviços comprometendo, assim, a qualidade dos serviços e atendimento prestado.

Os participantes relataram a realização da coordenação do cuidado ao RNPT, porém de forma prejudicada em sua extensão no que se refere a necessidade de referência e contra referência, no sentido de articulação entre as RAS e repasses financeiros insuficientes para a grande demanda.

Durante o desenvolvimento do trabalho, ocorreu dificuldades relacionadas aos materiais consultados por se tratar de um assunto pouco explorado, no entanto com novas concepções no serviço de saúde e atendimento ao usuário de forma integralizada, sugerindo, assim, a continuidade das pesquisas com a temática abordada de forma a despertar para a formação acadêmica bem como a envolver gestores, profissionais e usuários de forma humanizada.

O tema abordado busca contribuir para melhoria da qualidade da assistência prestada ao RNPT e cuidadores, através da disseminação de informações e integração entre os níveis assistenciais como componente para oferta da AB de Saúde.

Portanto, mediante ao estudo realizado, a coordenação do cuidado ao RNPT é comprometida pela carência de integração entre os níveis assistenciais, pela relação entre os prestadores e pela falta de recursos, logo para concretizar a garantia do cuidado, torna-se

essencial a composição de redes integradas, para proporcionar atenção em saúde mais sincronizada e em tempo cabível.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Zenaide Neto (Org). **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, perspectivas e desafios**. 1º ed. São Paulo: Martinari, 2011.
- ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B.A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a10v36n94.pdf>. Acesso em: 15 de Maio de 2016.
- ALMEIDA, Patty F. de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.:286-298, fev, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n2/08.pdf>. Acesso em: 12 Mar. 2016.
- ALMEIDA PF; FAUSTO MCR; GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Panam. Salud. Publica**. v. 29, n. 2, p.:84-95. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>. Acesso em: 17 Nov. 2016.
- ARAUJO, J.P. et al. História da Saúde da Criança: Conquistas, Políticas e Perspectivas. **Rev. Bras. Enfermagem**. v. 67, n. 6, p.1000-7. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>. Acesso em: 22 Jul. 2016.
- ARRUDA, Débora Cristina; MARCON, Sonia Silva. Experiência da família ao conviver com sequelas decorrentes da prematuridade do filho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 4, p. 595-602, Aug. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 Jul. 2016.
- BOTELHO, Sumaya Medeiros et al . O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 4, p. 929-934, ago. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000400021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400021&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 12 mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400021>.
- BRAGA, Patricia P.; SENA, Roseni R. de. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paul. Enferm**. São Paulo, v.25, n.6. 2012. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000600023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600023). Acesso em: 04 Março 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde mais perto de você – acesso e qualidade (versão preliminar)** Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – Brasília-DF, 2016a.  
[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=3\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=3_ciclo). Acesso em: 15 Nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 466, de 7 de Dezembro de 2012.** dos Aspectos Éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF. 2012d. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 18 Maio 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília: CONASS, 2007, 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8)

\_\_\_\_\_. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde.** Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. 1ª ed. Brasília-DF, 2010b.( Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs> . Acesso em: 26 de Mai de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Curso de Autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2012f. Disponível em:  
[http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/ras\\_curso\\_completo\\_1.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf). Acesso em: 05 Nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Endocrinologia e Nefrologia.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 20 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 1). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_atencao\\_especializada.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.pdf). Acesso em: 03 Nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Núcleos de Apoio a Saúde da Família – Conceitos e Diretrizes.** Brasília-DF, 2013. Disponível em:  
[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1383057504\\_NASF\\_set2013.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1383057504_NASF_set2013.pdf). Acesso em: 01 Nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 1ª ed. Brasília: MS, 2005. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_sus\\_screen.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf). Acesso em: 23 Jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. 1ª ed. Brasília: Ministério do Brasil, 2016b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf). Acesso em: 22 Jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança : crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 22 Jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2010a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 22 Mai 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para os Profissionais de Saúde**. 1º ed. Brasília-DF: MS, v. 4. p. 131, 2011. Disponível em: [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn\\_v4.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v4.pdf). Acesso em: 28 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para os Profissionais de Saúde**. 2º ed. Brasília-DF: MS. 2012c. v. 1, p: 24-25. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_profissionais\\_v1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf). Acesso em: 12 Mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **PNAB Política de Atenção Básica**. 1º ed. Brasília-DF: MS, p. 10-26, 2012a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 20 Mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. **Brasília: MS, 2004**. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)  
Acesso em: 22 Jul. 2016.

CANGUSSU, Bêtanía Moreira. **A Categoria Território como Ferramenta Estratégica no Planejamento das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: Uma Experiência Participativa na Região Sul do Município de Palmas – Tocantins**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Maria Cheble Bahia Braga. Disponível em: <file:///C:/Users/Viviane%20Lacerda/Downloads/cangussubmm.pdf>. Acesso em: 03 Nov. 2016.

CAON, Giane; RIES, Lilian Gerdi Kittel. Triagem do desenvolvimento motor nos dois primeiros anos de vida. **Pediatria Moderna**. São Paulo, v. 39, n. 7, p. 248-252, 2003. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=2356&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2356&fase=imprime). Acesso em: 30 Jul. 2016.

CIARLINE, Angélica Luciá. **Judicialização de saúde no Brasil: Causas e Possibilidades de Solução**. Tese (Doutorado em Direito Político e Econômico) Universidade Presbiteriana Mackenzie. Orientador Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Jose Francisco Siqueira Neto. São Paulo, 2012. Disponível em: [http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/Angelica\\_Lucia\\_Carlina.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/Angelica_Lucia_Carlina.pdf). Acesso em: 05 Nov. 2016.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0733.pdf>. Acesso em: 01 Nov. 2016.

CRUZ et al. Usos do planejamento e auto avaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. ESPECIAL, P. 124-139, OUT 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Viviane%20Lacerda/Downloads/Usos%20do%20planejamento%20e%20auto%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20nos%20processos%20de%20trabalho%20das%20equipes%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia%20na%20At.pdf>. Acesso em: 03 Nov. 2016.

CRUZ NETO, O; MOREIRA, M.R; SUCENA, L.F.M. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., Ouro Preto, MG. **Anais...**, 2002.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013). Acesso: 31 Out. 2016.

DALPIAZ, A.K; STEDILE, N.L.R. **Estratégia Saúde da Família**: reflexão sobre algumas de suas premissas. V Jor nada Internacional de Políticas Publicas. São Luiz, MA. 2011. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSEES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/ESTRATEGIA\\_SA](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSEES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SA). Acesso em: 12 Jun. 2016.

DEMARZO, M.M.P. **Reorganização dos Sistemas de Saúde**: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde. Módulo Político Gestor. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: Copyright, 2011. Disponível em:  
[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_3.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf).  
 Acesso em: 28 Jul. 2016.

DIAS, M.S. de A. et al. (Org). **Tecnologias leves em saúde** : Saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família. 1.ed. Porto Alegre : Rede UNIDA. 2015. 385 p. [recurso eletrônico]. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FERREIRA et al. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro. v.12, n.2. 2014. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462014000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200009). Acesso em: 05 Nov. 2016.

FORMIGA, C.K.M.R; LINHARES, M.B.M. Avaliação do Desenvolvimento inicial de crianças nascidas Pré-termo. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. São Paulo. v. 43, n. 2, p. 472-480. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a30v43n2.pdf>. Acesso em: 28 Jul. 2016.

FREITAS, B. A. C. de et al . Características epidemiológicas e óbitos de prematuros atendidos em hospital de referência para gestante de alto risco. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo , v. 24, n. 4, p. 386-392, dez. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2012000400016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000400016&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 13 Mar. 2016. .

FROTA, Mirna A. et al . Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 277-283, jun. 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisas**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2016.

GUBERT, Fabiane do Amaral. Protocolo de Enfermagem para Consulta de Puericultura. **Rev Rene**. Fortaleza-CE. v. 16, n. 1, p.:81-9. 2015. Disponível em:  
<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/2666/2051>. Acesso em 07 Nov. 2016.

GUERRA et al. Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro. **Iniciação Científica**.

CESUMAR. **Maringá-PR**. v. 18, n. 1, p. 73-80 - ISSN 1518-1243. 2016. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897/pdf>. Acesso em: 05 Nov. 2016.

HERLING et al. Infecção por Zika Vírus e Nascimento de Crianças com Microcefalia: Revisão de Literatura. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT (Cáceres). Mato Grosso. n. 5, p. 59-75. 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/Viviane%20Lacerda/Downloads/1366-5052-3-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Viviane%20Lacerda/Downloads/1366-5052-3-PB%20(1).pdf). Acesso em: 07 Nov. 2016.

KESSLER, Marciane et al. Longitudinality Assessment in Primary Health Care Services: a cross-sectional study. **Online braz j nurs** [internet]. v. 14, 2015. Disponível em: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5222/pdf\\_978](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5222/pdf_978). Acesso em: 14 Nov. 2016.

LOPES, M.C de Lima; SANTANDER, C.A; MARCON, S.S. Acompanhamento dos Recém Nascidos de Risco de uma Unidade Básica de Saúde de Maringá-PR. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 114-124. 2010. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12293/1/2010\\_art\\_mcllopes.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12293/1/2010_art_mcllopes.pdf). Acesso em: 18 de Jul. 2016.

MELO, Ana M.C. et al. Characteristics and factors associated with health care in children younger than 1 year with very low birth weight. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v 89, n. 1, p. 75-82, 2013. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/jped/v89n1a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n1a12.pdf). Acesso em: 15 fev. 2016.

MINAYO, M.C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12° ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOTTA, Luís Claudio de Souza; BATISTA, Rodrigo Siqueira. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. Bras. Educ. Med.** v39, n. 2. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022015000200196](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200196). Acesso em: 02 Nov. 2016.

PESSOA JUNIOR et al. Reflexões sobre o Cuidado de Enfermagem e a Interface na Vigilância Sanitária. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 8, n. 1, p. :172-6, 2014. Disponível em: [www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../8374](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../8374). Acesso em: 15 Nov. 2016.



REBELO, Mirella. SAD - Serviço de Assistência Domiciliar. **IMIP**. Recife, 2010. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/sausedoadulto/sad.html>. Acesso em: 15 Nov. 2016.

REBOUÇAS, N.R. **O papel das mães no desenvolvimento do recém-nascido de baixo peso no método canguru**. 51f. Monografia (Graduação em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, Mossoró, 2015.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria da Saúde Pública. **Informes técnicos**. [2013]. Disponível em: <http://www.saude.rn.gov.br/>. Acesso em: 10 Jun. 2016.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. **Cópia da Planilhão SIM – SINASC – 2000 a 2015 – Janeiro 2016 – Por regiões de Saúde: Coeficiente de Mortalidade Infantil**. 2016.

ROVER, Milene M.S. et al. Fatores de risco associados à falha de crescimento no seguimento de recém-nascidos de muito baixo peso. **J. Pediatr. (Rio J.)** [online]. vol.92, n.3, pp.307-313, 2016. ISSN 0021-7557. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n3/pt\\_0021-7557-jped-92-03-0307.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n3/pt_0021-7557-jped-92-03-0307.pdf). Acesso em: 30 Jul. 2016.

SASSÁ Anelize H. et al. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. **Cienc. Cuid. Saúde**, Londrina, v. 10, n. 4, p. 713-721, 2011. Disponível em: [ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18315/pdf](http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18315/pdf). Acesso em: 15 fev. 2016.

SCHMIDT Kayna T. et al. Recém-Nascidos Prematuros e a Alta Hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 849-58, 2011. Disponível em: [www.revistarene.ufc.br/index.php/revista/article/view/316/pdf](http://www.revistarene.ufc.br/index.php/revista/article/view/316/pdf). Acesso em 15 fev. 2016.

SCHMIDT, Kayna T.; HIGARASHI, Ieda H. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. **Revista Mineira de Enfermagem-REME**. Paraná. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/542>. Acesso em: 04 Mar. 2016.

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**. v.63, n.5. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000500011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500011). Acesso em: 06 Nov. 2016.

SILVA, Waléria Ferreira da; GUEDES, Zelita Caldeira Ferreira. Prematuros e prematuros tardios: suas diferenças e o aleitamento materno. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 4, p.

1232-1240, ago. 2015 . Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000401232&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000401232&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Mar. 2016.

SOPHIA, D. C.; TEIXEIRA, L. A. Ciência, política e reforma sanitária nas páginas da revista Saúde em Debate (1970-1980). **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro. v. 38, n. 102, p. 412-415, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Revista102-web.pdf#page=23>. Acesso em: 05 Nov. 2016.

SOUZA, Bruno Villani. **A Judicialização das Políticas Públicas na Área da Saúde e seus Impactos no Orçamento dos Municípios do Estado do Paraná**. Universidade Federal do Paraná Faculdade de Direito . Monografia de conclusão de curso apresentada no Curso de graduação em Direito. Curitiba, 2012. Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Kanayama. Disponível em:  
<http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/31284/BRUNO%20VILLANI%20SOUZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 Nov. 2016.

TEIXEIRA, Carmem. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador-BA, 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf). Acesso em: 28 Jul. 2016.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; MOLESINI, Joana Angélica. Gestão Municipal do SUS: Atribuições e Responsabilidades do Gestor, do Sistema e dos Gerentes de Unidades de Saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v.26, n.1/2, p.29-40. 2002. Disponível em:  
[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/983/pdf\\_280](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/983/pdf_280). Acesso em: 05 Nov. 2016.

## APÊNDICE

**APÊNDICE A – Convite do evento para coleta de dados****“COORDENAÇÃO DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO”**

**CONVITE**

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO**

**LOCAL:** Auditório da 2ª URSAP  
**DATA:** 13/10/2016  
**HORÁRIO:** 8:00hs  
**PÚBLICO ALVO:** Coordenadores da Atenção Básica dos Municípios e profissionais de nível superior da AB.

**PROGRAMAÇÃO:**

08hs: ABERTURA COM EXERCÍCIO DE ALONGAMENTO;  
09hs: OFERTA CONCEITUAL SOBRE A COORDENAÇÃO DO CUIDADO;  
09:40hs: COFFEE BREAK;  
10:00hs: DEBATE DOS GRUPOS FOCAIS;  
11:00hs: ENCERRAMENTO COM SORTEIO E BRINDES.



## **APÊNDICE B - Roteiro de Debate**

“COORDENAÇÃO DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO”

**(Questão-chave 1) Falem sobre o tema do estudo?**

**(Questão-chave 2) Regionalização tem relação com o tema?**

**(Questão-chave 3) Na visão do grupo como resolver o problema?**

## APÊNDICE C-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) senhor(a) \_\_\_\_\_

Eu, Viviane de Sousa Lacerda, pesquisador e estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN, junto ao docente e pesquisadora responsável Me. Lorrainy da Cruz Solano ,estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“Coordenação do cuidado a recém-nascidos prematuros”**.

Tem-se como Objetivo Geral: Avaliar a coordenação do cuidado da Estratégia de Saúde da Família frente ao recém-nascido prematuro na segunda região de saúde do estado do Rio Grande do Norte. E como Objetivos Específicos: caracterizar o perfil do profissional da ESF; identificar a coordenação do cuidado ao RN prematuro na visão do profissional e descrever a coordenação do cuidado na visão dos profissionais da ESF.

Sua participação é voluntária e se dará por meio do preenchimento de uma ficha de informações profissionais e um questionário auto aplicável. Seguido de uma entrevista coletiva através de um roteiro, claro e com rigor metodológico.

Convidamos o (a) senhor (a) a participar desta pesquisa. Por ocasião da publicação dos resultados o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Terá também o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar risco de caráter mínimo, como constrangimento ao responder os questionamentos, porem, os benefícios superam os malefícios.

A participação do (a) senhor (a) na pesquisa é voluntaria e, portanto, não é obrigatório (a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano ao participante. A pesquisa estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a), para a realização desta pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira pagina e assinada a ultima por mim e pelo pesquisador responsável em

duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do (a) pesquisador responsável.

Mossoró/RN, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Me. Lorrainy da Cruz Solano  
(Pesquisador Responsável)

---

Participante da pesquisa

## APÊNDICE D – Modelo termo de compromisso da pesquisadora responsável

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares em todas as fases da pesquisa Intitulada “**Coordenação do cuidado a recém-nascidos prematuros**”.

Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, Via **Notificação** ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até o 01, dezembro de 2016, como previsto no cronograma de execução.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLABR, via **Emenda**.

Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação na revista Physis, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também, os resultados do estudo serão divulgados na segunda região de saúde administrada pela 2ª URSAP-RN onde os dados foram obtidos, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

Mossoró, 14 de junho de 2016

---

Lorrainy da Cruz Solano  
Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável



**ANEXOS**

## ANEXO A – Ficha de informação para o profissional de nível superior

Ficha de Informações para o Profissional de nível superior		
1	Profissão Só poderá marcar uma opção de resposta.	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Cirurgião-dentista
2	Idade	<input type="checkbox"/> Anos
3	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
4	Qual o ano de conclusão do curso de graduação?	<input type="checkbox"/> Ano
5	Tem Pós graduação lato sensu ou stricto sensu concluída?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6	Qual? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.	<input type="checkbox"/> Especialização em Medicina de Família e Comunidade (abre essa opção se a profissão for médico) <input type="checkbox"/> Especialização em Saúde da Família <input type="checkbox"/> Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Outra especialização <input type="checkbox"/> Residência em Medicina de Família e Comunidade(abre essa opção se a profissão for médico) <input type="checkbox"/> Residência em Saúde da Família <input type="checkbox"/> Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Outra residência <input type="checkbox"/> Mestrado em Medicina de Família e Comunidade <input type="checkbox"/> Mestrado em Saúde da Família <input type="checkbox"/> Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Outro mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado em Saúde da Família <input type="checkbox"/> Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Outro doutorado
7	Quanto tempo atua na atenção básica: Só poderá marcar uma opção de resposta.	<input type="checkbox"/> Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> 3 anos <input type="checkbox"/> 4 anos <input type="checkbox"/> 5 anos <input type="checkbox"/> 6 anos <input type="checkbox"/> 7 anos <input type="checkbox"/> 8 anos <input type="checkbox"/> 9 anos <input type="checkbox"/> 10 anos <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos
8	Quanto tempo trabalha na equipe atual: Só poderá marcar uma opção de resposta.	<input type="checkbox"/> Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> 3 anos <input type="checkbox"/> 4 anos <input type="checkbox"/> 5 anos <input type="checkbox"/> 6 anos <input type="checkbox"/> 7 anos <input type="checkbox"/> 8 anos <input type="checkbox"/> 9 anos <input type="checkbox"/> 10 anos <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos
9	9.1 Qual o agente contratante:	<input type="checkbox"/> Administração direta

		Só poderá marcar uma opção de resposta.	<input type="checkbox"/> Consórcio intermunicipal de direito público <input type="checkbox"/> Consórcio intermunicipal de direito privado <input type="checkbox"/> Fundação pública de direito público <input type="checkbox"/> Fundação pública de direito privado <input type="checkbox"/> Organização social (OS) <input type="checkbox"/> Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP) <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica <input type="checkbox"/> Organização não governamental (ONG) <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Governo Federal para o Programa Mais Médicos e residentes do PROVAB
		9.2 Qual o seu tipo de vínculo: Só poderá marcar uma opção de resposta.	<input type="checkbox"/> Servidor público estatutário <input type="checkbox"/> Cargo comissionado <input type="checkbox"/> Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal) <input type="checkbox"/> Contrato temporário por prestação de serviço <input type="checkbox"/> Empregado público CLT <input type="checkbox"/> Contrato CLT <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Governo Federal para o Programa Mais Médicos e residentes do PROVAB
10	Plano de Carreira	10.1 Possui Plano de Carreira para sua categoria profissional? Se marcar NÃO, passar para o próximo bloco.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		10.2 Geral - No plano tem progressão por antiguidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		10.3 No plano tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		10.4 Geral - No plano tem progressão por titulação e formação profissional?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11	Remuneração por desempenho	11.1 Geral - Você recebe, em parte da sua remuneração, um valor referente a remuneração por desempenho? Se NÃO, finalizar o questionário.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		11.2 A remuneração está vinculada a critérios de avaliação de desempenho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		11.3 Quais são os critérios? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.	<input type="checkbox"/> Adesão ao PMAQ <input type="checkbox"/> Desempenho no PMAQ (Certificação) <input type="checkbox"/> Indicadores de saúde do PMAQ <input type="checkbox"/> Indicadores de saúde municipais <input type="checkbox"/> Carteira de serviços (escopo das ações)
		11.4 Existe normativa que institui a remuneração por desempenho? Se NÃO, finalizar a entrevista.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		11.5 Qual? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.	<input type="checkbox"/> Lei <input type="checkbox"/> Decreto <input type="checkbox"/> Outra normativa

**ANEXO B – Instrumento de avaliação da atenção primária**

<p align="center"><b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>  <b>PCA Tool - Brasil versão Profissionais</b>  <b>C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS</b>  <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i></p>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Profissionais**

**D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>