



Potencialidades e fragilidades na rede de cuidados do bebê de alto risco

Strengths and weaknesses in the high-risk baby care network

Fortalezas y debilidades en la red de atención al bebé de alto riesgo

Como citar este artigo:

Cardilli-Dias D, Stoianov M, Santos THF, Molini-Avejonas DR. Strengths and weaknesses in the high-risk baby care network. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20220150. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0150en>

- Daniela Cardilli-Dias¹
- Maristela Stoianov²
- Thaís Helena Ferreira Santos¹
- Daniela Regina Molini-Avejonas¹

¹ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To characterize the Stork Network in health care for high-risk babies, pointing out its main challenges. **Method:** questionnaires were applied with those responsible for the babies and with network health professionals. Data were analyzed quantitatively. **Results:** statistically relevant variables were: link with the Basic Health Unit; individuals' awareness of Family Health Support Center team; awareness of Family Health teams regarding the diagnosis of high-risk pregnancy and compliance with prenatal care; means of communication of individuals' birth; awareness of the need for hospitalization as well as its duration; awareness of follow-up in Secondary Health Care; and its outcome, pointing to a difficulty in the axis of coordination and longitudinality of the services provided in the network. **Conclusion:** the greatest challenges lie in covering the territory by Family Health strategy teams, expanding teams and solidifying partnerships with Higher Education Institutions, guaranteeing a differentiated professional training.

DESCRIPTORS

Maternal and Child Health; Child Health; Health Services; Public Health; Health Care Levels; Child Development.

Autor correspondente:

Daniela Regina Molini-Avejonas
Rua Cipotânea, 51, Vila Butantã
05360-160 – São Paulo, SP, Brasil
danielamolini@usp.br

Recebido: 16/04/2022
Aprovado: 25/11/2022

INTRODUÇÃO

Nos anos de 1930 a 1940, intensificaram-se ações de vigilância e educação para a mulher nos períodos pré- e pós-natais, denominados de Programas de Proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência, todos submetidos como propostas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr)^(1,2).

Em 2008, o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF)⁽³⁾ surgiu como um potencializador da integralidade do cuidado, intervindo na cultura dos encaminhamentos desnecessários, na articulação entre os níveis de atenção, contribuindo para a discussão da formação dos profissionais e da estimulação a reflexão junto aos gestores sobre indicadores de saúde. O NASF visa fortalecer oito diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a Educação Permanente em Saúde, a promoção da saúde e a humanização. Essas diretrizes atuaram em oito áreas estratégicas, como atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, do adolescente e do jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Destaca-se a atuação do NASF na construção de Projeto Terapêutico Singular para crianças com prematuridade, desnutrição, transtorno do desenvolvimento, doenças congênitas e/ou crônicas, entre outras. Enquanto responsável por promoção, prevenção e reabilitação, o NASF também atua no acompanhamento do desenvolvimento até o segundo ano de vida para grupos de crianças e responsáveis, além de atuar em atividades formativas, como a capacitação de professores e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na identificação de sinais de risco para o desenvolvimento. Considerando que o NASF é um importante articulador das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo integrante da atenção primária, ordenadora do cuidado, tem especial potencialidade de atuação na Rede Cegonha.

A Rede Cegonha foi implantada em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS)^(4,5), caracterizada como estratégia pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que garante a todas as mulheres o direito à qualidade e à segurança no planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, garantindo às crianças o direito à atenção e ao cuidado integral, desde o nascimento, até 24 meses de vida, promovendo o crescimento e o desenvolvimento saudáveis.

A redução dos índices de mortalidade infantil no Brasil denota a importância das transformações nos cuidados em saúde direcionadas à criança, principalmente aquelas direcionadas ao período perinatal⁽⁶⁾. No entanto, ainda ocorrem óbitos neonatais precoces e evitáveis. Há necessidade de aprimorar e expandir os serviços assistenciais para a promoção da saúde e a prevenção das mortes no primeiro ano de vida, a fim de atingir padrões de mortalidade infantil semelhantes aos de sociedades desenvolvidas⁽⁷⁾.

Diante da importância da articulação das ações de saúde na prevenção de agravos, promoção em saúde ou em reabilitação para a melhoria da qualidade da assistência materna e infantil⁽⁸⁾, o presente estudo objetivou caracterizar a Rede Cegonha na atenção à saúde ao bebê de alto risco, apontando seus principais desafios.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Estudo transversal quantitativo, desenvolvido em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que se constituem como pontos de articulação no cuidado ao bebê de alto risco, as quais seguiam o modelo de gestão misto.

POPULAÇÃO, LOCAL E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A escolha aleatória foi de 22 crianças tidas como de alto risco no nascimento, pertencentes a um dos equipamentos. A lista com a relação dessas crianças foi obtida por meio da Declaração de Nascidos Vivos (DNV). Como critérios de inclusão, consideraram-se neonatos de alto risco na realização do cadastro nos serviços de saúde de acordo com os critérios do MS⁽⁹⁾, ter no mínimo 2 anos e no máximo 4 no dia da coleta dos dados, garantindo o uso da Rede de Cuidados ao bebê de alto risco longitudinalmente com foco na primeiríssima infância, além de crianças nascidas no hospital do território. Como critérios de exclusão, considerou-se não consentimento dos pais e/ou responsáveis.

Participaram 10 profissionais da saúde, pertencentes às UBS estudadas. O critério de inclusão incluiu compor a rede responsável pelo cuidado dos bebês selecionados. O critério de exclusão incluiu não consentir em participar da pesquisa.

COLETA DE DADOS

Realizada entre 2016 e 2019, por meio de questionário elaborado pelas pesquisadoras, em duas versões diferentes: grupo usuário (GU) e grupo profissional (GP), baseado no *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil)⁽¹⁰⁾, único instrumento validado e padronizado para a língua portuguesa para avaliar as diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

As adaptações do PCA-Tool tiveram como objetivo caracterizar a Rede de Cuidados em todos os seus pontos de articulação. A metodologia para a construção e validação dos novos instrumentos seguiu sete etapas estabelecidas: 1ª. Estabelecimento da estrutura conceitual; 2ª. Definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; 3ª. Construção dos itens e das escalas de resposta; 4ª. Seleção e organização dos itens; 5ª. Estruturação do instrumento; 6ª. Validação de conteúdo; e 7ª. Pré-teste⁽¹¹⁾.

Após o cumprimento de todas as etapas citadas acima, o contato com a família foi feito via telefone ou presencialmente nas UBS. O contato com o profissional de saúde ocorreu por meio das Equipes de Saúde da Família (EqSF) responsáveis pelo sujeito da pesquisa. Foi agendada uma reunião entre a pesquisadora e os profissionais que compõem essa equipe, para a discussão da aplicação do questionário (GP). Vale ressaltar que os prontuários das famílias foram disponibilizados para leitura e consulta do histórico dos pacientes. Para caracterização da amostra, foi aplicado o questionário socioeconômico Critério de Classificação Econômica Brasil de 2015⁽¹²⁾.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram registrados e analisados de modo quantitativo, direcionados às comparações entre as percepções do GU e GP. Na análise da estatística descritiva, as variáveis qualitativas

foram apresentadas através de suas frequências e porcentagens. Quanto à estatística inferencial para as variáveis qualitativas, recorreram-se ao Teste Exato de Fisher e à razão de verossimilhança para a realização das comparações de proporções entre GU e GP. A concordância entre os grupos foi avaliada com o estatístico Kappa. As análises estatísticas descritivas e inferenciais foram executadas com o *software* SPSS, versão 21 (SPSS 21.0 for Windows).

ASPECTOS ÉTICOS

O artigo foi aceito, sob Parecer 2.079.844, aprovado em 2017. A pesquisa está em conformidade com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi utilizado como instrumento de consentimento o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Na caracterização da amostra, o GU foi composto de 22 sujeitos, e o GP, de 10 sujeitos, todos pertencentes ao sexo feminino. Observou-se que, no GU, 59,1% dos sujeitos tinham até 30 anos, e 40,9%, acima disso, enquanto que, no GP, 30% deles apresentavam-se na faixa etária de até 30 anos, e 70%, acima de 30 anos. Na variável instrução do chefe de família, no GU, 50% tiveram ensino médio completo e/ou superior incompleto, mais de 22%, fundamental II completo/médio incompleto, 13,6%, fundamental I completo/fundamental II incompleto, e 13,6%, superior completo. Já no GP, 90% dos sujeitos apontam o chefe de família com nível superior completo e apenas 10%, com ensino fundamental II/médio incompleto. Essa variável também apresentou significância estatística.

Em relação ao nível de escolaridade materna, o GU prevaleceu com 77,3% no ensino fundamental II completo, médio e superior, com apenas 22,7% analfabetos, além de fundamental I completo e fundamental II incompleto. No GP, por sua vez, o nível de escolaridade foi superior completo em 100%. Essa variável teve significância estatística.

As categorias profissionais no GP foram equipe médica, com 20%, e de enfermagem, com 80%. Quanto ao tempo de formação dos mesmos, verificou-se que 60% haviam se formado há mais de 11 anos, e 40%, há menos. Do GP, 80% tinham pós-graduação e 20% não. Metade dos sujeitos do GP tinha atuação no SUS há mais de cinco anos, e a outra metade atuava há menos de cinco. Verificou-se que 80% dos sujeitos trabalhavam no equipamento há mais de um ano, e apenas 20%, há menos de um. Por fim, no GU, observou-se que mais de 86% dos sujeitos pertenciam às classes C, D, E, contrapondo-se ao GP, com 90% nas classes A e B. Essa variável teve significância estatística.

Quanto às questões do período pré-natal (Tabela 1), aproximadamente 55% dos sujeitos do GU afirmaram ter vínculo com algum profissional da UBS, contrapondo-se a mais de 45%, que afirmaram não ter vínculo algum. Já no GP, mais de 60% dos sujeitos pontuaram a existência do vínculo com algum profissional no equipamento de saúde, no entanto 13,6% negaram e quase 23% desses não souberam responder (NSR).

Vê-se que 86,4% dos sujeitos do GU negaram ter conhecimento da existência da equipe de NASF na UBS, 4,5% referiram ter ciência e apenas 9,1% afirmaram terem usufruído da equipe. Esses dados não corroboram com as respostas do GP, visto que

Tabela 1 – Avaliação das respostas entre os grupos profissional e usuário no início do fluxo/período pré-natal – São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Variáveis	Usuário	Profissional	p
Tem vínculo na UBS	N = 22	N = 22	
Sim	12 (54,5%)	14 (63,3%)	0,004
Não	10 (45,5%)	3 (13,6%)	
NSR	0 (0,0%)	5 (22,7%)	
Conhece equipe NASF	N = 22	N = 22	
Não	19 (86,4%)	8 (36,4%)	0,001
NSR	0 (0,0%)	4 (18,2%)	
Sim/conhece	1 (4,5%)	0 (0,0%)	
Sim/usou	2 (9,1%)	10 (45,5%)	
Profissional que encaminhou ao PNR	N = 9	N = 10	
Enfermeira	5 (55,6%)	1 (10,0%)	0,014
Médico	4 (44,4%)	5 (50,0%)	
Médico/enfermeira	0 (0,0%)	4 (40,0%)	

UBS – Unidade Básica de Saúde, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, PNR – pré-natal de alto risco.

36,4% das famílias não tinham conhecimento sobre o NASF, 18,2%, NSR, e 45,5% das famílias fizeram uso da equipe NASF no território.

O GU referiu que 55,6% dos sujeitos receberam encaminhamento ao pré-natal de alto risco (PNR) pela equipe de enfermagem, e 44,4%, pelo médico, enquanto o GP relatou que 10% dos encaminhamentos foram feitos pela equipe de enfermagem, 40% de modo compartilhado enfermeiro/médico e 50% apenas pelo profissional médico.

No período neonatal, destaca-se que 27,3% do GP não souberam referir nada a respeito da ocorrência de internação neonatal, assim como 76,5% do GP não souberam referir nada a respeito da ala de internação. Ainda no GP, contrariamente ao encontrado no GU, 29,4% NSR, 23,5% relataram internação durante um período superior a 30 dias, 35,3%, de 11 a 30 dias, e 11,8%, até 10 dias. Quanto à via de comunicação sobre nascimento, 59,1% do GU declararam que ocorreu informalmente pela família, 27,3%, por contrarreferência do hospital, 9,1%, por busca ativa da Estratégia Saúde da Família (ESF) e ACS e 4,5% NSR. Contudo, para o GP, 50% dos sujeitos pontuaram que a comunicação do nascimento se deu pela família/informalmente, 31,8%, pela ESF/ACS e 18,2% NSR.

Durante o período pós-natal (Tabela 2), é notável que 63,6% do GU referiram ter encaminhamento à Atenção Secundária à Saúde (ASS), ao passo que 36,4% negaram. No GP, metade dos sujeitos afirmou ter encaminhamento, 36,4% NSR e 13,6% negaram. Dos sujeitos que receberam encaminhamento ainda na alta hospitalar, 92,9% do GU relataram ter recebido encaminhamento e agendamento, enquanto 7,1% pontuaram ter recebido apenas o encaminhamento. No GP, 72,7% relataram ter recebido encaminhamento e agendamento e 27,3% NSR. Assim, 100% do GU tiveram o encaminhamento à ASS feito posteriormente e, no GP, metade afirmou que sim e a outra metade NSR.

Pode-se observar que 54,5% do GU referiram a duração do atendimento no Ambulatório de Especialidades (A/E) por

Tabela 2 – Avaliação das respostas entre os grupos profissional e usuário no fim do fluxo pós-natal – São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Variáveis	Usuário	Profissional	p
Onde se deu o acompanhamento puerperal	N = 22	N = 22	
APS	4 (18,2%)	15 (68,2%)	<0,001
ASS	2 (9,1%)	2 (9,1%)	
APS/ASS	16 (72,7%)	4 (18,2%)	
NSR	0 (0,0%)	1 (4,5%)	
Houve encaminhamento à ASS	N = 22	N = 22	
Sim	14 (63,6%)	11 (50,0%)	<0,001
Não	8 (36,4%)	3 (13,6%)	
NSR	0 (0,0%)	8 (36,4%)	
Modo do encaminhamento	N = 14	N = 11	
Encaminhamento e agendamento	13 (92,9%)	8 (72,7%)	0,046
Encaminhamento	1 (7,1%)	0 (0,0%)	
NSR	0 (0,0%)	3 (27,3%)	
Outro encaminhamento à ASS	N = 8	N = 14	
Sim	8 (100%)	7 (50,0%)	0,028
Não	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
NSR	0 (0,0%)	7 (50,0%)	
Duração do atendimento	N = 22	N = 22	
Até 3 meses	5 (22,7%)	1 (4,5%)	<0,001
> 3 meses < 1 ano	5 (22,7%)	2 (9,1%)	
> 1 ano	12 (54,5%)	2 (9,1%)	
NSR	0 (0,0%)	17 (77,3%)	
Ciência do comparecimento ou falta no A/E	N = 22	N = 22	
Sim	19 (86,4%)	11 (50,0%)	0,001
Não	3 (13,6%)	4 (18,2%)	
NSR	0 (0,0%)	7 (31,8%)	
Modo da ciência da EqSF	N = 19	N = 11	
APS	3 (15,8%)	4 (36,4%)	0,005
Família	16 (84,2%)	7 (63,6%)	
Comparecimento no 1º atendimento no A/E	N = 22	N = 18	
Sim	22 (100,0%)	10 (56,6%)	< 0,001
Não	0 (0,0%)	4 (22,2%)	
NSR	0 (0,0%)	4 (22,2%)	
Houve outra falta	N = 22	N = 18	
Sim	12 (54,5%)	2 (11,1%)	< 0,001
Não	10 (45,5%)	0 (0,0%)	
NSR	0 (0,0%)	16 (88,9%)	
Houve sensibilização pela EqSF para adesão	N = 22	N = 18	
Sim	12 (54,5%)	8 (44,5%)	<0,001
Não	10 (45,5%)	4 (22,2%)	
NSR	0 (0,0%)	6 (33,3)	

continua...

...continuação

	N = 12	N = 2	
Houve reagendamento para o A/E			
Sim	7 (31,8%)	1 (50,0%)	< 0,001
Não	3 (59,1%)	1 (50,0%)	
Abandono	2 (9,1%)	0 (0,0%)	
NSR	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Houve busca por outro equipamento de saúde	N = 22	N = 18	
Sim	4 (18,2%)	4 (22,2%)	< 0,001
Não	18 (81,8%)	4 (22,2%)	
NSR	0 (0,0%)	10 (55,6%)	

ASS – Atenção Secundária à Saúde; A/E – Ambulatório de Especialidades; EqSF – Equipe de Saúde da Família.

mais de um ano, 22,7%, entre três meses e um ano, assim como 22,7% também afirmaram ter se mantido por menos de três. Diferentemente do GU, no GP, observou-se que 77,3% NSR, enquanto 9,1% pontuaram a duração entre três meses e um ano e, finalmente, 4,5% declararam menos que três meses.

Foi constatado que 86,4% do GU declararam que a EqSF teve ciência sobre seu comparecimento ou a falta no primeiro atendimento no A/E, enquanto 13,6% negaram. Contudo, 50% dos GP afirmaram que sim, mas 31,8% NSR e ainda 18,2% negaram a ciência. Quanto ao modo da ciência da EqSF sobre o comparecimento ou falta no atendimento no A/E, 84,2% dos sujeitos do GU afirmaram ter sido pela família, e apenas 15,8%, pela APS. No GP, 63,6% dos sujeitos afirmaram ter sido por meio dos familiares, e 36,4%, pela APS. Quanto ao questionamento, ocorreu fato houve presença/comparecimento no primeiro atendimento no A/E, 100% do GU mencionaram ter comparecido, contrapondo-se ao GP, no qual 56,6% afirmaram ter comparecido, 22,2% negaram e 22,2% NSR.

No GU, 54,5% tiveram outra falta, sendo que 45,5% negaram ter cometido qualquer outra falta. Observou-se que 88,9% do GP NSR, e apenas 11,1% afirmaram ter outra falta. Um total de 54,5% do GU pontuou que houve a sensibilização pela EqSF para adesão ao tratamento na ASS, enquanto que 45,5% disseram que não. No GP, 44,5% declararam que sim, 33,3% NSR e 22,2% negaram.

Por fim, no que diz respeito à Rede de Cuidados (Tabela 3), pode-se observar que a maior parte do GU (45%) negou ter conhecimento da existência de articulação intrassetorial entre a APS e a ASS, 31,8% afirmaram ter conhecimento e 22,7% NSR. No GP, 40% dos sujeitos negaram a existência, mas outros 40% afirmaram ter conhecimento e ainda 20% desses NSR. Pode-se identificar também que 45% do GU negaram ter conhecimento da existência de articulação intrassetorial entre a APS e a Atenção Terciária à Saúde (ATS), ainda 50% NSR e apenas 4,5% afirmaram ter conhecimento dessa informação. Por outro lado, 80% do GP negaram a existência, além de 20% desses NSR.

Um total de 63,6% do GU referiu não conhecer os atributos dos profissionais pertencentes à Rede de Cuidados ao bebê de alto risco e apenas 36,4% afirmaram conhecer. No GP, 90% dos sujeitos reconheceram que conhecem os atributos, e 10%

Tabela 3 – Avaliação das respostas entre os grupos profissional e usuário quanto à Rede de Cuidados ao bebê de alto risco – São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Variáveis	Usuário	Profissional	P
Tem AIS entre APS e ASS	N = 22	N = 10	
Sim	7 (31,8%)	4 (40,0%)	<0,001
Não	10 (45,5%)	4 (40,0%)	
NSR	5 (22,7%)	2 (20,0%)	
Há necessidade de AIS entre APS e ASS	N = 15	N = 6	
Sim	14 (93,3%)	6 (100,0%)	0,004
Não	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
NSR	1 (6,7%)	0 (0,0%)	
Tempo de AIS entre APS e ASS	N = 7	N = 4	
> 1 ano	0 (0,0%)	3 (75,0%)	<0,001
NSR	7 (100,0%)	1 (25,0%)	
AIS entre APS e ASS é funcional	N = 7	N = 4	
Sim	7 (100,0%)	2 (50,0%)	<0,001
Não	0 (0,0%)	2 (50,0%)	
NSR	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Tem AIS entre APS e ATS	N = 22	N = 10	
Sim	1 (4,5%)	0 (0,0%)	<0,001
Não	10 (45,5%)	8 (80,0%)	
NSR	11 (50,0%)	2 (20,0%)	
Conhece os atributos dos profissionais da rede	N = 22	N = 10	
Sim	8 (36,4%)	9 (90,0%)	<0,001
Não	14 (63,6%)	1 (10,0%)	
NSR	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
A rede de cuidados é funcional	N = 22	N = 10	
Sim	18 (81,8%)	2 (20,0%)	<0,001
Não	3 (13,6%)	5 (50,0%)	
NSR	1 (4,5%)	3 (30,0%)	
A rede é de qualidade	N = 22	N = 10	
Sim	18 (81,8%)	3 (30,0%)	<0,001
Não	4 (18,2%)	4 (40,0%)	
NSR	0 (0,0%)	3 (30,0%)	

AIS – articulação intrasetorial; APS – Atenção Primária à Saúde; ASS – Atenção Secundária à Saúde; ATS – Atenção Terciária à Saúde.

negaram. Em relação à funcionalidade da Rede de Cuidados, 81,8% do GU afirmaram ser funcional, 13,6% negaram e ainda 4,5% NSR. Metade dos sujeitos do GP negou a funcionalidade, 30% NSR e apenas 20% afirmaram ser funcional. Quanto à qualidade da Rede de Cuidados, 81,8% do GU declararam ser

de qualidade, mas 18,2% negaram tal fato. Além disso, 40% dos sujeitos do GP declararam não ser qualificada, 30% NSR e somente 30% desses reconheceram como sendo de qualidade.

DISCUSSÃO

Ressalta-se o papel predominantemente feminino, na amostra deste estudo, enquanto responsável pelo cuidado do lar, da família e dos filhos, assim como na conquista de um maior espaço no âmbito profissional. A mulher vem desempenhando inúmeros papéis impostos pelo contexto social no qual se encontra^(12,13).

Ainda em relação à caracterização da amostra, observaram-se diferenças importantes entre GU e GP, com destaque à escolaridade e ao nível socioeconômico, o que pode ter influenciado as respostas aos questionamentos feitos. Estudos afirmam que a escolaridade materna tem impacto sobre o desenvolvimento e a saúde das crianças⁽¹⁴⁾. As condições econômicas e sociais influenciam diretamente nas condições de saúde dos indivíduos, bem como das populações. Esse contexto que define resumidamente todos os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde é chamado de “determinantes sociais da saúde”, os quais se retroalimentam e se beneficiam mutuamente⁽¹⁵⁾.

Nesta pesquisa, denominou-se o início do fluxo ou período pré-natal, o conjunto de questões aplicadas acerca dos eventos ocorridos com os sujeitos nos serviços de saúde durante todo o período pré-natal. Dentre essas questões, pode-se observar que somente três variáveis apresentaram diferença estatisticamente significativa, indicando aparentemente uma divergência das respostas entre os dois grupos: ter vínculo com a UBS, conhecer a equipe NASF e profissional que encaminhou ao PNR.

Na APS, o vínculo se torna fundamental para a ESF, a fim de aumentar a adesão e sucesso dos tratamentos de doenças, bem como a prevenção de agravos de todas as famílias pertencentes ao território^(16,17). A constituição e a implementação da equipe NASF no território têm como uma das muitas atribuições apoiar o trabalho desenvolvido pela ESF, a fim de somar esforços para ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, auxiliando na concretização da promoção em saúde, reabilitação de doenças e prevenção de agravos, construindo a integralidade do cuidado aos usuários do SUS⁽¹⁸⁻²¹⁾. O encaminhamento ao PNR assegura um olhar peculiar à saúde materno-infantil, conforme preconizado pelo MS. Portanto, todos os profissionais envolvidos na Rede de Cuidados ao bebê de alto risco, pertencentes à APS, devem se atentar à presença ou ao surgimento de fatores de alto risco, como também devem ser capacitados para avaliar cada binômio, a fim de identificar a necessidade ou não do encaminhamento ao PNR com brevidade e em qualquer tempo do período gestacional. Para tal, a identificação de alto risco para a gestante e/ou o feto deve ser feita desde a primeira consulta, e deve ser revista a cada retorno, ou seja, de modo contínuo. A equipe deve se manter informada através da contrarreferência dos outros equipamentos de saúde e também através da busca ativa das gestantes em seu território de atuação⁽²⁰⁻²²⁾.

Discutidas as informações do início dos cuidados na rede, ressaltam-se o meio do fluxo ou período neonatal e o conjunto de questões aplicadas acerca dos acontecimentos nos serviços

de saúde durante todo o período neonatal. Na comparação das respostas entre GP e GU, poucas variáveis apresentaram diferenças estatisticamente significantes, nomeadamente: houve internação; ala de internação; tempo de internação; via de comunicação sobre nascimento. Infelizmente, ainda há a presença da desvalorização dos registros nas instituições públicas e privadas dos profissionais de saúde. Tal fato pode contribuir para condutas equivocadas, prejudicando a evolução dos casos ou até mesmo favorecendo o óbito. Faz-se necessária, para a qualidade da rede, a utilização do registro de todos os procedimentos e fluxos pelos profissionais envolvidos. Portanto, o conhecimento sobre as informações do pré-natal, do parto e do puerpério, bem como de seu registro formal, feito de modo adequado, torna-se imprescindível para um efetivo trabalho da ESF. O momento do pré-natal tem grande representatividade na prevenção do trabalho de parto prematuro, tais como a identificação dos fatores de alto risco, as ações de prevenção de agravos, as práticas de assistência convencionais e protocolares e as ações de promoção em saúde⁽¹⁹⁻²³⁾.

Por fim, há as questões acerca do período pós-natal. Na comparação das respostas entre GU e GP no fim do fluxo/período pós-natal, somente algumas variáveis apresentaram diferenças estatisticamente significantes, indicando divergência das respostas entre os dois grupos. Destaca-se que houve encaminhamento à ASS, outro encaminhamento à ASS, ciência do comparecimento ou falta no A/E, modo da ciência da EqSF, comparecimento no 1º atendimento no A/E, outra falta e sensibilização pela EqSF para adesão. O acompanhamento puerperal visa avaliar o estado geral de saúde do binômio mãe-bebê, orientar a família sobre os cuidados básicos de higiene, vacinação, amamentação, planejamento familiar, identificar situações de alto risco e/ou intercorrências no ato da consulta ou na alta hospitalar, e diagnosticá-las e conduzi-las aos profissionais específicos e/ou equipamento especializado de acordo com os critérios pré-estabelecidos para alto risco⁽²⁰⁻²⁵⁾. A equipe NASF também poderá compor nesse processo como equipe de apoio à ESF, para que o mesmo ocorra em tempo e a contento de forma a contribuir com o olhar ampliado de diversas categorias profissionais⁽²⁰⁻²⁶⁾.

A manutenção dos registros, sejam físicos ou eletrônicos, é imprescindível para que o acompanhamento longitudinal do sujeito em questão ocorra plenamente e de forma qualificada. A longitudinalidade do cuidado é competência da APS e colabora para a integralidade e a coordenação da atenção. No entanto, garantir essa prática representa ainda hoje um grande desafio no SUS⁽²²⁾.

Por fim, determinou-se como sendo Rede de Cuidados ao bebê de alto risco as perguntas direcionadas aos sujeitos em questão em relação ao conhecimento e à opinião dos mesmos quanto aos serviços prestados pelos equipamentos de saúde da rede em sua região. Na comparação das respostas entre GU e GP somente algumas variáveis apresentaram diferenças estatisticamente significantes, indicando divergência das respostas entre os dois grupos. Tal divergência foi observada para as variáveis: articulação intrasetorial (AIS) entre APS e ASS; AIS entre APS e ATSS; conhecer os atributos dos profissionais da rede; rede funcional; e rede de qualidade.

Diante do conhecimento das AIS, como na Rede de Cuidados em si, conforme exposto por ambos, pontua-se a existência da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Essa apresenta um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, por meio da formação da RAS. Seus princípios visam à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas, que colaboram para uma prática em saúde integral e equânime, e tais articulações são necessárias⁽²⁷⁾.

A estruturação da rede implica a pré-disposição de cada serviço em saúde em se rever, realizar um trabalho humanizado, promover a atualização contínua dos profissionais das equipes do sistema como um todo, garantir a participação dos gestores locais e regionais, além da própria população como protagonista de sua saúde, para que se faça valer a prática e, dessa forma, atingir uma Rede de Cuidados qualificada e funcional⁽²⁰⁻²⁸⁾.

Sabe-se que a rede de saúde no território é composta por equipamentos públicos que são organizados de maneira hierarquizada e regionalizada em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Destaca-se a atenção básica como coordenadora do cuidado no território, com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, realizando o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Nesse cenário, os NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência das ações de atenção básica, por meio de apoio das EqSF na rede de serviços e nos processos de territorialização e regionalização⁽²⁹⁾.

Faz-se necessário refletir sobre a atuação enquanto membro de uma EqSF, para que a mesma seja eficaz enquanto articuladora da rede, questionando-se: será que as Instituições de Ensino Superior estão contribuindo para a formação de profissionais em saúde, habilitados para compor o mercado de trabalho atual de modo mais humanizado e coletivo, por meio da educação interprofissional (EIP)? É preciso ter clareza da importância da mesma nas implicações para a qualidade da atenção oferecida no âmbito do SUS⁽³⁰⁾.

O artigo contribui para ampliação do conhecimento no campo dos cuidados à criança em situação de alto risco nas RAS no Brasil, trazendo novas e relevantes informações sobre os desafios encontrados na Rede Cegonha. As políticas públicas de saúde brasileiras, ao longo das décadas, desempenham importante papel no empoderamento do autocuidado dos sujeitos, de suas famílias, bem como na atuação prática dos profissionais de saúde envolvidos neste contexto. Portanto, compreender como ocorre o funcionamento da Rede Cegonha, com suas fragilidades e potências, permite a identificação de uma gama de possibilidades de atuações e intervenções acerca do cuidado do bebê de alto risco.

O estudo realizado apresentou limitações quanto ao tamanho da amostra, que contou com um número reduzido, possivelmente pela dificuldade de identificar os sujeitos na rede, sugerindo um olhar para implementação de sistemas de informações que poderiam contribuir para uma ampliação e qualificação na articulação dos equipamentos de saúde dentro da Rede de Cuidados ao bebê de alto risco. Outra questão diz respeito à disponibilidade de tempo dos sujeitos em responder o instrumento, assim como em compor a pesquisa, interpretando o questionário como um meio avaliativo do trabalho realizado pelos mesmos.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, acredita-se que o maior desafio seja a cobertura total do território pelas EqSF, com redução do número de famílias assistidas por equipe, paralelamente à ampliação de equipes NASF.

Ressaltam-se ainda a capacitação e a atualização profissional por meio de educação permanente para todos os atores envolvidos no processo, para que ocorra uma

contribuição consistente para uma Rede de Cuidados mais efetiva e qualificada.

Portanto, novos estudos nesta área, com maior número de sujeitos, em diferentes territórios municipais, estaduais ou em âmbito nacional, realizados de modo longitudinal, podem vir a expandir os achados científicos brasileiros, bem como contribuir para uma prática em saúde integral, humanitária e equânime, promovendo a saúde materno-infantil de forma holística e eficaz.

RESUMO

Objetivo: caracterizar a Rede Cegonha na atenção à saúde ao bebê de alto risco, apontando seus principais desafios. **Método:** questionários foram aplicados com os responsáveis pelos bebês e com os profissionais de saúde da rede. Os dados foram analisados quantitativamente. **Resultados:** as variáveis estatisticamente relevantes foram: vínculo com a Unidade Básica de Saúde; conhecimento dos indivíduos sobre a equipe Núcleos de Apoio à Saúde da Família; ciência das equipes de Saúde da Família quanto ao diagnóstico de gravidez de risco e adesão ao pré-natal; via de comunicação do nascimento dos indivíduos; ciência quanto à necessidade de internação hospitalar, bem como sua duração; conhecimento sobre acompanhamento na Atenção Secundária à Saúde; e o desfecho do mesmo, apontando para uma dificuldade no eixo da coordenação e longitudinalidade dos serviços prestados na rede. **Conclusão:** os maiores desafios estão na cobertura do território pelas equipes de estratégia de Saúde da Família, na ampliação de equipes e na solidificação das parcerias com as Instituições de Ensino Superior, garantindo uma formação profissional diferenciada.

DESCRITORES

Saúde Materno-Infantil; Saúde da Criança; Serviços de Saúde; Saúde Pública; Níveis de Atenção à saúde; Desenvolvimento infantil.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la Red Cigüeña en la atención a la salud de los bebés de alto riesgo, señalando sus principales desafíos. **Método:** se aplicaron cuestionarios con los responsables de los bebés y con los profesionales de salud de la red. Los datos se analizaron cuantitativamente. **Resultados:** las variables estadísticamente relevantes fueron: vinculación con la Unidad Básica de Salud; conocimiento de las personas sobre el equipo de los Centros de Apoyo a la Salud de la Familia; sensibilización de los equipos de Salud de la Familia sobre el diagnóstico del embarazo de alto riesgo y la adherencia al control prenatal; medio de comunicación del nacimiento de las personas; conciencia de la necesidad de hospitalización, así como de su duración; conocimientos sobre seguimiento en Atención Secundaria de Salud; y su resultado, apuntando a una dificultad en el eje de coordinación y longitudinalidad de los servicios prestados en la red. **Conclusión:** los mayores desafíos están en la cobertura del territorio por los equipos de la estrategia de Salud de la Familia, en la ampliación de los equipos y en la consolidación de alianzas con Instituciones de Educación Superior, garantizando una formación profesional diferenciada.

DESCRIPTORES

Salud Materno-Infantil; Salud Infantil; Servicios de Salud; Salud Pública; Niveles de Atención de Salud; Desarrollo Infantil.

REFERÊNCIAS

- Silva MA. Política de saúde para crianças: apontamentos para a atuação da enfermagem. In: Gaiva MA, editor. Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiros (as) [Internet]. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso; 2006. p. 9-28 [citado 2022 fev 20]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwwX7JLYzx/?lang=pt>
- Brasil, Ministério da Saúde. Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2022 fev 20]. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/116/70ahsaudecrianca.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde. Núcleo de apoio à saúde da família Volume 1. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2014. (Cadernos da Basic; no. 39) [citado 2022 fev 20]. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/VivianePessoa/caderno-39-2014>
- Silva AT, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KG, Sato ME, Grisi SJ, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e oportunidades na perspectiva dos profissionais da atenção básica no município de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2012;28(11):2076-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100007>. PubMed PMID: 23147949.
- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS–a Rede Cegonha [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2011 [citado 2022 fev 20]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Carvalho MN, Gil CR, Costa EM, Sakai MH, Leite SN. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. Cien Saude Colet. 2018;23(1):295-302. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.08702015>. PubMed PMID: 29267833.
- Areco KC, Konstantyner T, Taddei JA. Tendência secular da mortalidade infantil, componentes etários e evitabilidade no Estado de São Paulo–1996 a 2012. Rev Paul Pediatr. 2016;34(3):263-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2016.01.006>. PubMed PMID: 27105575.
- Santos EP, Ferrari RA, Bertolozzi MR, Cardelli AA, Godoy CB, Genovesi FF. Mortalidade entre menores de um ano: análise dos casos após alta das maternidades. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):390-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400003>. PubMed PMID: 27556708.
- Brasil, Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2018 abr 17]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf
- Harzheim E, Oliveira MM, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(29):274-84. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)829).
- Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Cien Saude Colet. 2015;20(3):925-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>. PubMed PMID: 25760132.

12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critérios Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016 [Internet]. São Paulo: ABEP; 2016 [citado 2018 abr 17]. Disponível em: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=12>
13. Wegner W, Pedro EN. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):335-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200019>. PubMed PMID: 21500515.
14. Silva GD, Couto MI, Molini-Avejonas DR. Identificação dos fatores de risco em crianças com alteração fonoaudiológica: estudo piloto. *CoDAS.* 2013;25(5):456-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000500010>. PubMed PMID: 24408550.
15. Carrapato P, Correia P, Gracia B. Health determinants in Brasil: searching for health equity. *Saude Soc.* 2017;26(3):676-89. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170304>.
16. Santos RO, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis.* 2018;28(2):e280206. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280206>.
17. Tesser CD. Family Health Support Teams, potentialities and barriers: the primary care health outlook. *Interface.* 2017;21(62):565-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>.
18. Albuquerque AP, Brandao PP, Viana VN, Cardoso TS, Canto I, Vale RG. Actions of the Nasf-ab in a city of the Extreme North of Brazil. *Med Sci Sports Exerc.* 2019;51(6S):826-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1249/01.mss.0000562968.85192.91>.
19. Andrade MV, Noronha KV, Queiroz Barbosa AC, Souza MN, Calazans JA, Carvalho LR, et al. Family health strategy and equity in prenatal care: a population based cross-sectional study in Minas Gerais, Brazil. *Int J Equity Health.* 2017;16(1):24. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0503-9>. PubMed PMID: 28109194.
20. Monteiro MFV, Barbosa CP, Vertamatti MA, Tavares MN, de Oliveira Carvalho AC, Alencar AP. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):851. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4566-3>. PubMed PMID: 31747914.
21. Silva JAM, Agreli HLF, Peduzzi M. The Health care network for integrated care in Brazil. *Int J Integr Care.* 2015;15(8):1-2. doi: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2382>.
22. Samelli AG, Tomazelli GA, Almeida MH, Oliver FC, Rondon-Melo S, Molini-Avejonas DR. Evaluation of at-risk infant care: comparison between models of primary health care. *Rev Saude Publica.* 2019;53:98. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001063>. PubMed PMID: 31778397.
23. Molini-Avejonas DR, Rondon-Melo S, Batista ER, Souza AC, Dias DC, Samelli AG. Primary Health Care as a guide for assistance to infants at risk of neurodevelopmental disorders. *CoDAS.* 2018;30(3):302. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20182017064>. PubMed PMID: 29846392.
24. Fassil H, Borrazzo J, Greene R, Jacobs T, Norton M, Stanton ME, et al. Realizing the promise of the partnership for maternal, newborn and child health. *Health Policy Plan.* 2017;32(7):1072-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czx018>. PubMed PMID: 28407108.
25. Mon NO, Han WW, Saw S, et al. Perceived quality of care: clients' aspect upon antenatal, delivery and postnatal care at health facilities in primary health care level. *Trop Med Int Health.* 2017 [citado 2018 abr 17];22:294-5. Disponível em: <https://bit.ly/3HaQpAL>
26. Sabbag JC, Lacerda AB. Neonatal Hearing Screening in primary health care and family health care. *CoDAS.* 2017;29(4):e20160102. PubMed PMID: 28813070.
27. Aoki M, Batista MPP, Morgani MHA, Molini-Avejonas DR, Oliver FC. Desafios do cuidado em rede na percepção de preceptores de um Pet Redes em relação à pessoa com deficiência e bebês de risco: acesso, integralidade e comunicação. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2017;25(3):519-32. doi: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1052>.
28. Monteiro MFV, Barbosa CP, Vertamatti MA, Tavares MN, Oliveira Carvalho AC, Alencar AP. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):851. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4566-3>. PubMed PMID: 31747914.
29. Kessler M, Thumé E, Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FCV, Silveira DS, et al. Health education and promotion actions at Primary Health Care. *Epidemiol Serv Saude.* 2018;27(2):e2017389. PubMed PMID: 29995106.
30. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface Comunicacao Saude Educ.* 2016;20(56):197-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>.

EDITOR ASSOCIADO

Ivone Evangelista Cabral

Apoio financeiro

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.