

COORDENAÇÃO DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: DESAFIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CORRDINATION OF CARE FOR PREMATURE NEWBORNS: CHALLENGES FOR PRIMARY HEALTH CARE

COORDINACIÓN DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO: RETOS PARA LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD

 Lorrainy da Cruz Solano ¹
 Viviane de Sousa Lacerda¹
 Francisco Arnaldo Nunes de Miranda ²
 Janeuma Kelli de Araújo Ferreira ³
 Kalyane Kelly Duarte de Oliveira ⁴
 Amélia Resende Leite ⁵

¹ Faculdade Nova Esperança de Mossoró, Curso Enfermagem. Mossoró, RN – Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Departamento de Enfermagem. Natal, RN – Brasil.

³ Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade. Mossoró, RN – Brasil.

⁴ UERN, Faculdade de Enfermagem. Pau dos Ferros, RN – Brasil.

⁵ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Santa Cruz, RN – Brasil.

Autor Correspondente: Lorrainy da Cruz Solano
E-mail: lorrainycsolano@yahoo.com.br

Contribuições dos autores:

Coleta de Dados: Lorrainy C. Solano, Viviane S. Lacerda, Janeuma K. A. Ferreira; **Conceitualização:** Francisco A. N. Miranda; **Gerenciamento do Projeto:** Lorrainy C. Solano; **Investigação:** Viviane S. Lacerda; **Metodologia:** Lorrainy C. Solano, Viviane S. Lacerda, Janeuma K. A. Ferreira, Amélia R. Leite; **Redação - Preparação do original:** Lorrainy C. Solano, Francisco A. N. Miranda, Kalyane K. D. Oliveira, Amélia R. Leite; **Redação - Revisão e Edição:** Lorrainy C. Solano, Francisco A. N. Miranda, Kalyane K. D. Oliveira; **Supervisão:** Francisco A. N. Miranda, Janeuma K. A. Ferreira, Kalyane K. D. Oliveira; **Validação:** Francisco A. N. Miranda, Janeuma K. A. Ferreira, Kalyane K. D. Oliveira, Amélia R. Leite.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 01/09/2017

Aprovado em: 13/02/2019

RESUMO

Objetivo: analisar como é compreendida a coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro na segunda região de saúde do estado do Rio Grande do Norte (RN). **Método:** a abordagem da pesquisa é qualitativa e foi realizada com os coordenadores da atenção primária à saúde dos municípios que compreendem a segunda região do estado do RN. Os dados foram coletados a partir de um evento que ocorreu na 2ª Unidade Regional de Saúde Pública em outubro de 2016. O roteiro foi submetido a pré-teste para validá-lo e a coleta de dados realizada posteriormente ao evento. A amostragem por conveniência obteve sete participantes, oriundos de quatro municípios da região. O instrumento de pesquisa utilizado para a coleta de dados foi a entrevista, e para a técnica de análise de dados a análise temática de conteúdo. **Resultados:** evidenciaram três categorias empíricas, quais sejam: o retorno ao território da Estratégia de Saúde da Família; o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família; e a gestão municipal de saúde. **Discussão:** a primeira categoria expressa a condição da equipe frente ao retorno do recém-nascido prematuro ao território a partir da descrição de ações, da necessidade de apoio matricial e da fragilidade na articulação nos diferentes níveis e locais de prestação de serviços; a segunda categoria descreve o processo de trabalho na estratégia de saúde da família e o recém-nascido com as dificuldades no manejo continuado, a invasão dos territórios, a cultura do encaminhamento, a responsabilidade sanitária centrada no enfermeiro e os significados do trabalho para a população; e, finalmente, a terceira categoria demonstra as implicações para a gestão municipal de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Recém-Nascido Prematuro; Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to analyze how the coordination of care for premature newborns in the second health region of the state of Rio Grande do Norte (RN) is understood. **Method:** the research had a qualitative approach and was carried out with the primary health care managers of the municipalities that comprise the second health region of the state of Rio Grande do Norte. Data were collected from an event that occurred in the 2nd Unidade Regional de Saúde Pública in October 2016. The script was submitted to a pre-test for validation and the collection of data was made after the event. A convenience sample of seven participants from four municipalities of the health region participated in the study. The instrument used for data collection was an interview, and thematic content analysis was used as the analysis technique. **Results:** the results showed three empirical categories, namely: return to the territory of the Estratégia de Saúde da Família; work process in the Estratégia de Saúde da Família; and municipal health management. **Discussion:** the first category addressed the situation of the team in the return of premature newborns to the territory based on the description of actions, the need for matrix support and fragility in articulation at different levels

Como citar este artigo:

Solano LC, Lacerda VS, Miranda FAN, Ferreira JKA, Oliveira KKD, Leite AR. Coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro: desafios para a atenção primária à saúde. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em _____];23:e-1168. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190016

and places of service delivery; the second category describes the work process in the strategy of family health and newborn health before the difficulties in continued management, territorial invasion, referral culture, nurse-centered health responsibility, and the meanings of work for the population; and finally, the third category shows the implications for municipal health management.

Keywords: Primary Health Care; Health Services Accessibility; Infant, Premature; Public Health Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar la coordinación de los cuidados del recién nacido prematuro en la segunda región de salud del estado de Rio Grande do Norte (RN). **Método:** Investigación cualitativa realizada con los coordinadores de atención primaria de salud de los municipios de la segunda región del estado de RN. La recogida de datos se llevó a cabo a partir de un evento en la 2ª Unidad Regional de Salud Pública en octubre de 2016 y después de validar el cuestionario con una prueba preliminar. El muestreo por conveniencia consistió en 7 participantes de cuatro municipios de la región. El instrumento de investigación utilizado para la recogida de datos fue la entrevista; los datos se analizaron según la técnica de análisis temático de contenido. **Resultados:** se destacan tres categorías empíricas: el regreso al espacio de la Estrategia de Salud de la Familia; el proceso de trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia; y la gestión municipal de salud. **Discusión:** la primera categoría se refiere a la condición del equipo ante el regreso del recién nacido prematuro al dicho lugar con la descripción de acciones, de la necesidad de apoyo matricial y de la fragilidad en la articulación en los distintos niveles y lugares de la prestación de servicios; la segunda categoría describe el proceso de trabajo en la estrategia de salud de la familia y el recién nacido con las dificultades en el manejo continuado, la invasión de los espacios, la cultura de derivación del paciente y la responsabilidad sanitaria centrada en el enfermero y los significados del trabajo para la población; la tercera categoría señala las implicaciones para la gestión municipal.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Recién Nacido Prematuro; Enfermería en Salud Pública.

INTRODUÇÃO

O envolvimento da equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) na atenção primária à saúde (APS) tem sido cada vez mais imprescindível no acompanhamento ao recém-nascido prematuro, de modo a garantir a assistência integral após a alta hospitalar.

Considera-se recém-nascido prematuro (RNPT) aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação e de baixo peso cujas características têm mais riscos de não se desenvolver adequadamente, necessitando de uma atenção diferenciada tanto por parte do cuidador (pais) como da equipe de saúde da APS.^{1,2}

O índice de sobrevivência do RNPT tem chamado a atenção em estudos meticolosos ocorrentes em países desenvolvidos e em desenvolvimento, trazendo como base a vulnerabilidade desse recém-nascido (RN). O risco de morte e sequelas pode se desenvolver em decorrência das condições de nasci-

mento, a exemplo do refluxo gastroesofágico, déficits visuais e auditivos, atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor e paralisia cerebral, além de retinopatia e cegueira prevenível na infância, despertando a necessidade de avaliação do prognóstico e de acompanhamento mais preciso a longo prazo.^{2,3}

Nessa descrição, ressaltam-se, de um lado, os indicadores de mortalidade e internações hospitalares por condição sensível à atenção primária (ICSAP) em crianças menores de cinco anos, grupo prioritário para os programas de saúde do SUS⁴. De outro, cabem à Política Nacional de Atenção Básica algumas funções para contribuir com o funcionamento das redes de atenção à saúde.

O presente estudo busca analisar a coordenação do cuidado e do ordenamento das redes a partir da responsabilização dos profissionais e sua relação de cuidados aos usuários de forma contínua, integral, resolutiva e equitativa.⁵ Essa coordenação tem como essência a disponibilidade de informações dos problemas e serviços anteriores, com o devido reconhecimento da notícia relacionada às necessidades para o presente atendimento. A ação compreende um dos quatro atributos essenciais da APS. Caso não exista a longitudinalidade, perde seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função do primeiro contato tornar-se-ia meramente administrativa.⁶

A família que convive com a prematuridade na coordenação de cuidados e em redes requer apoio da equipe da ESF para dirimir dúvidas, facilitar a adaptação pós-alta hospitalar e dar continuidade a terapêuticas que dependam de avaliações permanentes das demandas, tanto do RN como da família, de acordo com a necessidade da criança e das habilidades dos pais.⁷

Nesse sentido, questiona-se: como acontece a coordenação do cuidado ao RNPT na ESF na segunda região de saúde do estado do Rio Grande do Norte? A partir desse problema, objetiva-se analisar como é compreendida a coordenação do cuidado ao RNPT na segunda região de saúde do estado do Rio Grande do Norte.

MÉTODO

A abordagem do estudo é qualitativa e foi realizada com os coordenadores das APS dos municípios que compreendem a segunda região de saúde do estado do Rio Grande do Norte, em outubro de 2016. A região é composta de 14 municípios, com população estimada em 448.939 habitantes, a qual abrange os municípios de Mossoró, Upanema, Grossos, Tibau, Serra do Mel, Baraúna, Campo Grande, Janduís, Messias Targino, Felipe Guerra, Apodi, Governador Dix-Sept Rosado, Caraúbas e Areia Branca.⁸

A coleta de dados ocorreu em um evento realizado na 2ª Unidade Regional de Saúde Pública, em outubro de 2016, com o propósito de fazer uma oferta conceitual sobre coordenação do cuidado para apreender em relação ao RNPT na região de

saúde. Foi convidado um representante de cada secretaria municipal, conforme critérios de elegibilidade para a coleta dos dados: a) atuação no município de origem; b) tempo de coordenação de no mínimo seis meses; c) período considerado oportuno para contato com a rede assistencial da região.

O roteiro foi submetido a pré-teste para ser validado. A coleta de dados ocorreu posterior ao evento e aprovação pelo Comitê de Ética das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, protocolo CEP: 101/2016 e CAAE: 58741516.4.0000.5179.

A amostragem por conveniência contou com sete participantes de quatro municípios (Mossoró, Felipe Guerra, Mesias Targino e Governador Dix-Sept Rosado), com população estimada em 315.642 habitantes. O instrumento de pesquisa utilizado foi a entrevista. Ressalta-se que o período de recrutamento, ou seja, o convite para o evento, foi considerado posteriormente inadequado, com prejuízo para os coordenadores da APS, fato decorrente dos insucessos das eleições municipais, afetando diretamente a comunicação com os participantes, haja vista a forma contratual das funções do coordenador na gestão municipal se sob a forma de cargo comissionado. Para manter o nome dos entrevistados em sigilo, estes foram identificados numericamente.

Como técnica de análise de dados, utilizou-se a análise temática de conteúdo, respeitadas suas etapas metodológicas: pré-análise, com a organização; leitura e escolha dos documen-

tos; exploração do material escolhido; recorte, enumeração e classificação; e, finalmente, tratamento dos dados, ou seja, a tradução e a interpretação para tornar os dados válidos.⁹

RESULTADOS

Os resultados evidenciaram que dos sete participantes 70% eram enfermeiros, do sexo feminino, com faixa etária entre 26 e 75 anos, predominando os com idade de 20 a 31 anos. No que diz respeito à formação de nível e graduação, situaram-se no período compreendido de 1966 a 2013, prevalecendo 80% diplomados com menos de cinco anos e 80% dos sujeitos com certificação em nível de pós-graduação, mas somente um deles na área de saúde da família.

Os resultados revelaram que 80% dos profissionais atuam na APS há menos de quatro anos, que todos têm como agente contratante a administração direta e apenas um (15%) é estatutário. Nesse aspecto, é notória a fragilidade dos vínculos trabalhistas, já que os demais são contratos temporários ou cargo comissionado. Logo, infere-se que há um plano de carreira. Quanto à remuneração, esta ocorre por desempenho, nos quais 60% dos sujeitos questionados afirmaram receber por critérios relacionados à certificação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), formalizado por lei ou decreto.¹⁰ A Tabela 1 apresenta as categorias e suas respectivas subcategorias.

Tabela 1 - Categorias e subcategorias empíricas de análise da compreensão sobre a 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	
Equipe da ESF frente ao retorno do RN prematuro ao território	Descrição das ações da equipe no retorno do RN prematuro P1; P2	Faria uma visita com a equipe da Estratégia e ficaria acompanhando com C e D (P2).	
	Necessidade de apoio matricial P1; P4; P5	[...] não seria um apoio terapêutico singular, mas um apoio matricial pegando o NASF (P5).	
	Fragilidade na articulação nos 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).	
Categoria empírica 2		Processo de trabalho na ESF	
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	[...] tem paciente que, por exemplo, vem <i>pra cá pra</i> uma consulta particular, vem e volta <i>pra</i> o município, o médico solicitou alguma coisa, a gente começa a perder o controle, porque não passam pela atenção básica (P6).	
	Invasão dos territórios da ESF P1; P3; P4; P5	[...] minha área tem uma pessoa lá quase não me dava nada só me deu o nome da mãe e da criança aí eu fui tentar localizar essa criança, era de outra cidade (P3).	
	Cultura do encaminhamento P2; P5; P6	[...] 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 <i>pra</i> ver se vai fazer uma tomografia (P6).	
	Responsabilidade sanitária centrada no enfermeiro P5; P6	[...] eu lembro que as capacitações que aconteceram com essa microcefalia, com as regiões, com os municípios, teve momento com o enfermeiro, muito mais com o enfermeiro, jogando a responsabilidade sanitária no profissional e aí fica difícil (P5).	

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Categorias e subcategorias empíricas de análise da compreensão sobre a coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro na segunda região de saúde do Rio Grande do Norte. Mossoró-RN, 2016

Categoria empírica 2		Processo de trabalho na ESF	
Subcategoria empírica	Núcleos de sentido	Unidade de Registro	
Descrindo o processo de trabalho na ESF	Significados do trabalho da ESF P1; P3	Em Mossoró as pessoas já vêm diretamente <i>pras</i> UPAS, maternidades e pros hospitais aí é que se acaba mesmo a estratégia (P1).	
Categoria empírica 3		Gestão Municipal de Saúde	
Subcategoria empírica	Núcleos de sentido	Unidade de Registro	
Implicações para a gestão municipal de saúde	A problemática da judicialização da saúde P1; 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).	
	As pactuações na segunda região de saúde P1; P3; P4; P5; P6	[...] 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, no Ceará (P6).	
	Necessidade de implantação da Rede Cegonha P1; P6	[...] 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).	
	A confecção de fluxos na rede P1; 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).	
	Necessidade de avaliação da Unidade Administrativa da Região P1; P3; P4	[...] a coordenação geral tanto ia verificar como estava cada município, o que estava fazendo, o que não estava, [...], ultimamente, eu acho que isso está muito pouco (P3).	
	Repasse financeiros entre esferas municipais, estaduais e federais P1; P3; P6	[...] 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); [...] 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 e 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).	
	Críticas à atuação inacessível da gestão municipal de saúde P1; P5	[...] então, assim, é interessante que estamos no mesmo prédio, mas como existe uma dificuldade da questão da intersetorialidade, é dentro da secretaria, imagine se a gente for pensar externo (P5).	
Aspectos da regulação em saúde P3; P5; P6	Só assim, quando a gente pensa na pactuação, essa questão da regulação que vêm 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).		

DISCUSSÃO

RETORNO AO TERRITÓRIO DA ESF

Os resultados descritos no presente estudo, que dizem respeito à oferta conceitual sobre a coordenação do cuidado para o RNPT na 2ª região de saúde, evidenciaram três categorias: o retorno ao território da ESF, o processo de trabalho na ESF e a gestão municipal de saúde.

A primeira categoria empírica, que envolve o retorno do RNPT ao território da ESF, destaca: a descrição das ações da

equipe no retorno do RN prematuro, a necessidade de apoio matricial e a fragilidade na articulação nos diferentes níveis e locais de prestação de serviços. Todos mencionam como ocorre o regresso ao domicílio.

A assistência à criança circunscreve: a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento com a intenção de orientar a prevenção de acidentes, a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, no esclarecimento de dúvidas à família, na imunização, no incentivo e no aleitamento materno e no acompanhamento no primeiro ano de vida.

As ações da equipe da ESF precisam estar organizadas para o controle das doenças prevalentes na infância, colaborando para a promoção da qualidade de vida e do empenho da família e da equipe.¹¹

Os partícipes do estudo expressaram limitação no manejo do RNPT, ao identificarem abordagens fragmentadas e de atuação isolada dos profissionais, a exemplo da visita domiciliar sem avaliação do risco familiar e consulta C e D sem relacionar o risco de vulnerabilidades inerente à condição singular do recém-nascido. Nesse sentido, depreende-se a necessidade de aprofundamento teórico e conceitual quanto à produção de cuidado na APS.

O núcleo necessidade de apoio matricial expressa que, frente ao RNPT, precisa haver suporte específico para algumas demandas advindas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entendida como principal estratégia de atuação na equipe na coordenação do cuidado. O NASF, como apoio matricial, faculta o compartilhar de uma assistência multidisciplinar, ampliando a resolutividade e partilhando práticas e saberes na área como forma de pensar e interagir, e o assistir na busca do cuidado continuado.^{12,13}

Nesse âmbito, percebe-se desconhecimento quanto ao real papel do NASF, restringindo a atuação ao atendimento ambulatorial e ao suporte pedagógico na condução do processo de trabalho e buscando qualificar atenção integral à criança e aos possíveis encaminhamentos para a rede de atenção à saúde.

O último núcleo trata a fragilidade na articulação entre os diferentes níveis e locais de prestação de serviços, impactando diretamente no retorno da criança ao território e na qualidade da assistência que será prestada a ela e à família, assim como da referência e contrarreferência nos variados graus de complexidade, o que não ocorre articuladamente nos serviços, por vezes ineficaz e pouco empregada. Nesse sentido, ocorre ruptura do serviço na atenção que é responsável pelo cuidado para ser acompanhado, visando garantir outros níveis de assistência.¹⁴

Os entrevistados afirmaram que não há comunicação entre APS e os demais pontos da rede que atendem a criança. O resultado apresentado no estudo apurou que as experiências dos usuários no uso dos serviços de APS são irregulares, que desconhecem a função central na promoção, prevenção e manutenção da saúde, o que induz à baixa procura de serviço e à desvalorização por parte dos usuários e dos serviços da rede.¹⁵

O impacto desse retorno ao território, na compreensão dos participantes, expõe uma APS com produção morosa, fragmentada, centrada nas doenças e com pouco espaço para a produção de vínculo e coordenação do cuidado, afetando a resolução dos serviços.

PROCESSO DE TRABALHO NA ESF

A segunda categoria debate o processo de trabalho da equipe da ESF. Como núcleos de sentido destacam-se as di-

ficultades da ESF no manejo continuado, a invasão dos territórios da ESF, a persistente cultura do encaminhamento e a responsabilidade sanitária centrada no enfermeiro, indicadas como dificuldades da ESF no manejo continuado.

A APS não consegue exercer seu papel de ordenadora do cuidado sem um sólido arranjo regional e uma articulação virtuosa entre os três entes federados (municipal, estadual e federal). Uma coordenação do cuidado frágil é um grande obstáculo para a garantia da integralidade, do acesso e da oferta de serviços de saúde de qualidade¹⁵; requer a criação de novos modos de conduzir o processo de cuidado, alinhados ao atributo da coordenação do cuidado que os profissionais participantes do estudo reforçam ainda serem ambulatoriais.

Relatos de experiências com fortalecimento do APS apoiados na expansão e consolidação da ESF contribuíram para a redução de hospitalizações e mortalidade em menores de cinco anos, demonstrando que o departamento possui não somente a garantia do direito à saúde, mas também a capacidade em desafogar os serviços hospitalares.⁴

Outro empecilho no processo de trabalho é a realidade da invasão dos territórios da ESF. Os sujeitos entrevistados afirmaram ser comum a rede local de saúde ser invadida por outros municípios, inclusive de outros estados, como o Ceará (CE) e a Paraíba (PB). Observa-se que a adscrição territorial de usuários à equipe da ESF é uma regra administrativa que induz ou facilita o acesso à APS, exterioriza as fragilidades da coordenação do cuidado nas redes locais de saúde e a peregrinação dos usuários na busca por consultas e/ou exames¹⁶, sobretudo quando não há cobertura de 100% na maioria dos municípios da região que compreende o estudo, e gera dificuldades no acesso ao cuidado. Desse modo, faz-se necessário ampliar o debate para criar mecanismos que garantam o acesso de RNPT ao cuidado de forma resolutiva.

A cultura do encaminhamento ainda prevalece no processo de trabalho da ESF. Na visão dos participantes, isso pode ser entendido como a liberação sem os devidos critérios clínicos de referências para as mais variadas especialidades e exames/procedimentos, gerando a peregrinação do usuário na rede e a alocação indevida de recurso financeiro. Os encaminhamentos são instrumentos de gestão e do cuidado. Assim, para que o usuário seja encaminhado para o cuidado especializado é importante a dialogicidade com as equipes nos pontos de atenção, para incluir a resolutividade e a competência de coordenação do cuidado.¹⁷

A responsabilidade sanitária centrada no enfermeiro também é um núcleo de sentido que emerge do processo de trabalho da ESF. Esse é um fato já identificado em outros estudos, que ressaltam a centralidade no trabalho do enfermeiro das ações educativas, da promoção à saúde e planejamento das ações individuais e coletivas da equipe, confluindo para uma carga de trabalho exaustiva.¹⁸ Essa responsabilidade deve ser da

equipe, ao somar saberes no caminho da concretização do cuidado direcionado para os usuários, a família e a comunidade dos territórios da APS/ESF.

A potência em produzir cuidado centrado na criança, na família e na comunidade requer atuação interprofissional da equipe, gerando vínculos, estimulando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho e superação dos obstáculos existentes no cotidiano colaborativo e coletivo.¹⁴

Significados do trabalho da ESF fecha o quadro de núcleos da categoria processo de trabalho da ESF. Os resultados de uma pesquisa demonstram que o serviço ou profissional da APS não coordenam o cuidado, com destaques para a visita do agente comunitário de saúde como algo burocrático. Além disso, a UBS não se configurava como ponto regular de cuidado, mas como local de renovação de receitas médicas, obtenção de medicamentos; e não identificado como fluxo assistencial a partir da APS, o que leva à utilização de várias portas de entrada na atenção especializada.¹⁵

Na fala dos partícipes, foram expressivas as limitações práticas do atual repertório das equipes de APS quanto à organização do processo de trabalho e das ligações com a rede. Compor outros conjuntos de obras da equipe requer valorização das experiências exitosas da região que podem ter sido negligenciadas pelos sujeitos com o predomínio de discursos negativos que envolvam alguma problemática, como é o caso do RNPT. É preciso, pois, buscar outras referências empíricas, teóricas e conceituais que fortaleçam a APS em regiões semelhantes ao cenário pesquisado.

GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

A terceira e última categoria empírica, a gestão municipal de saúde, expressa implicações a partir da condição do RNPT na rede, com destaque para a judicialização da saúde, pactuações na segunda região de saúde, construção da Rede Cegonha, confecção de fluxos na rede, necessidade da educação permanente em saúde, atuação inadequada da unidade administrativa da região, repasses financeiros entre as esferas municipais, estaduais e federais e críticas à atuação inacessível da gestão municipal de saúde e aspectos da regulação em saúde.

Inaugura-se nos sistemas de saúde de cobertura universal, particularmente na região da pesquisa, a judicialização. No Brasil, ocorre nas esferas pública e privada da saúde, como direito de todos e dever do Estado, a garantia aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), expressos na análise “categoria temática”, que revela questões de equidade, integralidade e universalidade. Esse arranjo teórico-conceitual remete à procura da efetividade do acolhimento às necessidades de saúde por meio de decisões judiciais para garantir o direito adquirido ao acesso a tratamentos, cirurgias e até mesmo medicamentos, quando negada ao usuário nas unidades de saúde.¹⁹

As pactuações na segunda região de saúde se apresentam como fracionadas e isoladas sem visão global, o que reflete a falta de planejamento regional, priorizando o caráter apenas administrativo-burocrático e normativo sob a ótica sanitária. Essa articulação fragiliza a organização da rede assistencial e os fluxos, com desdobramentos imediatos no acesso ao serviço, prevalecendo arranjos organizativos pontuais de acesso à rede pública ou, na maioria das vezes, rede privada.

Reforça-se que as pactuações pela saúde envolvem a consolidação de metas pactuadas pelo município nas atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho, nem sempre fazendo sentido para a realidade local de atenção à saúde. Esse comprometimento depende da articulação dos intérpretes sociais e das várias formas de ver o habitual e os problemas percebidos.²⁰

A construção da Rede Cegonha está presa ao papel, afirmaram os participantes, sendo preciso ampliar o acesso e melhorar a qualidade do pré-natal e transpor as fragilidades nas unidades de atendimento hospitalares. A rede, como política nacional de atenção integral à saúde, preconiza a proteção completa 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 equipes de saúde, de forma que respeitem os direitos reprodutivos na possibilidade de melhorar a atenção à saúde da mulher e da criança.²¹

A confecção de fluxos e itinerários na rede urge frente à dificuldade no diálogo entre os diferentes pontos das unidades de atendimento e à falta de comunicação. A interação entre os profissionais limita a atenção ao usuário, prejudicando as ações intersetoriais no território e, conseqüentemente, o cuidado ofertado ao RNPT.

De um lado, a APS é fundamental para o sistema de saúde e para a estruturação das redes, com responsabilidade de fazer intercambiar 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 a continuidade da atenção à saúde dos usuários.²² De outro, ainda há a relação vertical entre os profissionais de saúde e os usuários, com a escassez da escuta, orientações sobre o fluxo de acesso e construção de espaços acolhedores.

A educação permanente em saúde (EPS) é um núcleo estruturante da rede de atenção integral que reforça os desafios da região no que diz respeito à saúde. Concorde-se que deveria ser a principal estratégia de gestão para mudar o modelo assistencial vigente, na medida em que ativa o processo de transformação de saberes e fazeres. Todavia, destoadado de sua concepção originária, é visto como partidário e não como política pública de saúde, com trocas sucessivas de gestão, ações educativas pontuais e descontinuadas e profissionais e gestores com diferentes concepções sobre a EPS cujas ações prevalecem como treinamentos e atualizações técnicas.²³

O argumento de que o orçamento não permite a execução plena da política não é real, haja vista o significativo número de capacitações existentes na região. O fundamental seria afinar a concepção de EPS para trabalhadores e, principalmente, para gestores da saúde, redirecionando o planejamento municipal de saúde para a execução plena da política e a garantia ao acesso de qualidade do SUS.²³

Estudo com gestores discutiu o tema coordenação do cuidado, o qual revelou que a ausência de mecanismos formais que permitem a integração equipe-serviços, a falta de organização dos fluxos com a completa ausência de monitoramento e avaliação de filas e a inexistência de mecanismos de continuidade informacional afetam a capacidade de coordenar o cuidado na rede de atenção à saúde.¹⁵

Os repasses financeiros entre as esferas municipal, estadual e federal constituem um percalço crítico. Os municípios vivenciam a escassez de recursos financeiros e repasses em tempo hábil frente às grandes demandas de serviços em saúde. Os valores transferidos pelo Ministério da Saúde para a ESF não cobrem os custos dos serviços, induzindo os municípios a financiarem com recursos próprios as políticas federais, mesmo quando estas não fazem parte de suas prioridades, e comprometendo as ações voltadas para as necessidades de suas populações, perceptível nesse momento de claro desmonte das políticas públicas de saúde.²⁴

No que diz respeito às críticas à atuação da gestão municipal de saúde, os participantes revelaram a imobilidade de alguns gestores em tempos de carência de recursos financeiros, principalmente no atual cenário político e econômico que o Brasil vivencia. Faltam materiais e insumos essenciais na APS, desmotivando profissionais e desamparando a população, e ausência da construção organizada do acesso ao cuidado, necessitando de pauta permanente na agenda da saúde local e nos planos municipais de saúde.¹⁶

A regulação da assistência à saúde, como último núcleo de sentido da categoria, tem a função de coordenar as ações aos serviços de saúde, como: consultas de profissionais de saúde, procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com alto risco e precisão e indicação clínica em tempo adequado, selecionando procedimentos e consultas apenas com indicação clínica para realizá-los e evitando consultas e/ou procedimentos desnecessários.¹⁷ Nesse sentido, evidenciaram-se as dificuldades em garantir o atendimento ao RNPT, seja para consultas, cirurgias ou procedimentos, o que prejudica o seguimento à criança.

O acesso equânime remete à regulação em saúde, adequando a oferta à demanda a partir da avaliação clínica e priorizando os casos que têm a APS como responsável pela ordenação do acesso dos usuários aos demais níveis de atenção à saúde cujos trabalhadores se apropriam das ferramentas ofertadas pela gestão para orientar o itinerário na rede.²⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados neste estudo revelam o desconhecimento do atributo coordenação do cuidado como essencial no processo de produção de cuidado na APS. Os coordenadores, partícipes da pesquisa, expressaram repertório limitado na produção de serviços em rede, tendo a APS não como ordenadora do cuidado, mas como ponto da rede que atua de forma reativa, ambulatorial, fragmentada, centrada nas doenças da criança e com frágil apoio das esferas estadual e federal no suporte administrativo da região de saúde.

Enfatizaram-se a peregrinação do RNPT na rede e a falta de responsabilidade sanitária da ESF/APS no acompanhamento dos itinerários terapêuticos da criança e da família, o que distancia a melhor prática da APS. Faz-se necessário, portanto, transpor o modelo de uma APS programática para uma acessível, abrangente e fortalecida.

Os resultados da pesquisa podem ser disparadores para a organização de um plano de ação que vise ao fortalecimento da APS e da rede de atenção à saúde, impactando nos índices de mortalidade e de hospitalizações por condições sensíveis à APS para inaugurar outro processo dialógico entre os componentes da rede na região.

Deve-se selecionar um período oportuno para abordar os coordenadores da rede, uma vez que a participação, considerada pela equipe de pesquisadores, foi limitada em razão de a coleta dos dados ter acontecido após o resultado das eleições municipais. Outro fator abalizado foi a abordagem restrita aos problemas frente ao cuidado do RNPT na região, quando também poderiam ter sido abordadas as potências locais que podem ser compartilhadas com a região para gerar outro enredo no acompanhamento da criança.

Nesse sentido, faz-se necessária a implementação de outras pesquisas que superem as limitações deste estudo, de modo a ouvir usuários e trabalhadores da APS com a intenção de qualificar o processo de trabalho dos municípios que compõem a região de saúde.

AGRADECIMENTOS

À coordenação de Atenção Básica da 2ª Unidade Regional de Saúde Pública do estado do Rio Grande do Norte, pelo apoio incondicional ao estudo.

REFERÊNCIAS

1. Botelho SM, Boery RNSO, Vilela ABA, Santos WSS, Pinto LS, Ribeiro VM, et al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. Rev Esc Enferm USP. 2012[citado em 2016 mar. 12];46(4):929-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50080-62342012000400021&lng=pt&nrm=iso

2. Melo AMC, Kassar SB, Lira PIC, Coutinho SB, Eickmann SH, Lima MC. Characteristics and factors associated with health care in children younger than 1 year with very low birth weight. *J Pediatr. (Rio J.)*. 2013[citado em 2016 fev. 15];89(1):75-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572013000100012&script=sci_arttext&tlng=en
3. Rover MMS, Vieira CS, Silveira RC, Guimarães ATB, Grassioli S. Fatores de risco associados à falha de crescimento no seguimento de recém-nascidos de muito baixo peso. *J Pediatr. (Rio J.)*. 2016[citado em 2016 jul. 30];92(3):307-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572013000100012&script=sci_arttext&tlng=en
4. Carneiro VB, Bastos MSCB, Oliveira PTR, Alvarenga EC. Avaliação da mortalidade e internações por condição sensível à atenção primária em menores de 5 anos, antes e durante o Programa mais Médicos, no Marajó-Pará-Brasil. *Saúde em Redes*. 2016[citado em 2017 jul. 15];2(4):360-71. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/778>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.
7. Schmidt KT, Bessa JB, Rodrigues BC, Arenas MM, Corrêa DAM, Higarashi IH. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da Enfermagem. *Rev RENE*. 2011[citado em 2016 fev. 15];12(4):849-58. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/index.php/revista/article/view/316/pdf
8. Rio Grande do Norte (BR). Secretaria da Saúde Pública. Informes técnicos. 2013[citado em 2016 jun. 10]. Disponível em: <http://www.saude.rn.gov.br/>
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa da Saúde mais perto de você: acesso e qualidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2016[citado em 2016 nov. 15]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf
11. Gubert FA, Santos DAS, Pinheiro MTM, Brito LLMS, Pinheiro SRCS, Martins MC. Protocolo de Enfermagem para Consulta de Puericultura. *Rev RENE*. 2015[citado em 2016 nov. 07];16(1):81-9. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/2666/2051>
12. Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Physis (Rio J.)*. 2014[citado em 2017 jul. 15];24(4):1207-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01207.pdf>
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de apoio a saúde da família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014[citado em 2016 nov. 01]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
14. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde Debate*. 2014[citado em 2016 nov. 01];38(103):733-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0733.pdf>
15. Bousquat A, Giovannella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Colet*. 2017[citado em 2017 jul. 15];22(4):1141-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>
16. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na estratégia saúde da família. *Saúde Soc*. 2014[citado em 2017 jul. 15];23(3):869-83. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/88572/91459>
17. Ministério da Saúde (BR). Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: endocrinologia e nefrologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2015[citado em 2016 nov. 03]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.pdf
18. Pessoa Júnior JM, Silva FS, Miranda FAN, Simpson CA. Reflexões sobre o cuidado de Enfermagem e a interface na vigilância sanitária. *Rev Enferm UFPE on line*. 2014[citado em 2016 nov. 15];8(1):172-6. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9621/9606>
19. Carlini AL. Judicialização de saúde no Brasil: causas e possibilidades de solução [tese]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2012[citado em 2016 nov. 05]. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/6329>
20. Sophia DC, Teixeira LA. Ciência, política e reforma sanitária nas páginas da revista *Saúde em Debate* (1970-1980). *Saúde debate*. 2014[citado em 2016 nov. 05];38(102): 412-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000300416&script=sci_abstract&tlng=pt
21. Guerra HS, Hirayama AB, Silva AKC, Oliveira BJS, Oliveira JFJ. Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro. Iniciação Científica CESUMAR. 2016[citado em 2017 jul. 15];18(1):73-80. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/icesumar/article/view/4897>
22. Ministério da Saúde (BR). Curso de Autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2012[citado em 2016 nov. 05]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf
23. Peres C, Silva RF, Barba PCSD. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2016[citado em 2017 jul. 15];14(3):783-801. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1981-7746-tes-1981-7746-sol00016.pdf>
24. Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora; 2014.
25. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o sistema nacional de regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde Debate*. 2016[citado em 2017 jul. 15];40:63-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0063.pdf>