

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO
NEONATAL: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Luana Cristina Berwig

Santa Maria, RS, Brasil

2013

**CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO NEONATAL:
O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Luana Cristina Berwig

Trabalho Final de Conclusão - Modalidade Artigo Publicável - apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Mãe-Bebê**

Orientadora: Ma. Lizandra Flores Pimenta

Santa Maria, RS, Brasil

2013

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO NEONATAL: O OLHAR DOS
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Elaborado por
Luana Cristina Berwig

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de
Saúde: ênfase em Mãe-Bebe.**

Comissão Examinadora:


LIZANDRA FLORES
PIMENTA


MARIA LÚCIA PRESTES


MARIA SALETI LOCK
VOGT

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO NEONATAL: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE*

The building of a neonatal line of care: perspective of primary health care professionals

Construcción de una línea de atención del recién nacido: la percepción de los profesionales de la atención primaria de salud

Luana Cristina Berwig; Chariani Gugelmin Basso dos Santos; Fabiane Luz de Carvalho;

Gabriela de Almeida Jurach; Lizandra Flores Pimenta; Teresinha Heck Weiller

Resumo

A linha de cuidado é uma estratégia que visa os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário no Sistema Único de Saúde, que busca alcançar uma assistência integral. Este estudo apresenta abordagem qualitativa e teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais da rede de Atenção Básica necessária para obtenção de subsídios para a construção de uma linha de cuidado de recém-nascidos egressos de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 12 profissionais da Atenção Básica, sendo sete enfermeiros e cinco médicos pediatras. Os dados foram analisados por meio da análise temática, da qual emergiram os seguintes temas: percepção de profissionais sobre a linha de cuidado e construção da linha de cuidado neonatal. A partir da análise dos resultados, verificou-se que apesar da fragilidade observada nas redes de atenção no referido município, os profissionais da Atenção Básica possuem a compreensão do que é uma linha de cuidado e já adotam algumas práticas que visam o estabelecimento desta junto a um hospital do município. Constatou-se que o instrumento utilizado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal denominado nota de alta, que visa à continuidade do cuidado, não é efetivo ao que se propõe, uma vez que transfere aos pais a tarefa de buscar o acesso à rede, não conectando as diferentes portas de entrada do sistema. Também foi possível observar que existe um movimento que busca a comunicação entre os níveis primário e terciário de atenção à saúde, sendo que os profissionais da Atenção Básica mostram-se receptivos a mudança nas rotinas, visando a consolidação da linha de cuidado neonatal.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Assistência à Saúde. Atenção Primária a Saúde. Neonatologia. Sistema Único de Saúde.

*Este artigo será enviado para apreciação e possível publicação na Revista Baiana de Saúde Pública, tendo sido formatado conforme as diretrizes para os autores desta revista (ANEXO A).

Abstract

The line of care is a strategy targeting safe and guaranteed assistance flow to the Unified Health System user, aiming to achieve a comprehensive assistance. The present study presents a qualitative approach and aimed to analyze the perception of basic health care professionals necessary to obtain subsidies for the building of a neonatal line of care of newborns egress of a Neonatal Intensive Care Unit in the town of Santa Maria, Rio Grande do Sul. In this study, 12 primary Health Care professionals took part, among which there were seven nurses and five pediatricians. Data were analyzed by means of content analysis, thematic modality, from which two themes emerged: the professionals' perception about the line of care and the building of a neonatal line of care. From the analysis of the results, it was verified that despite the fragility observed inside the care networks in the abovementioned town, the Basic Care professionals have a comprehension of what a line of care is and have already adopted some practices aiming its establishment in a hospital in that town. It was found that the instrument used at the Neonatal Intensive Care Unit, called discharge note, which aims to assure the continuity to care, is not effective concerning the proposal, as it transfers to the parents the task of seeking access to the network, failing to connect the different entrance doors to the system. Moreover, it was possible to observe the existence of a movement seeking communication between the primary and tertiary health care levels, and that the basic care professionals display receptivity to changes in the routine, aiming the consolidation of a neonatal line of care.

Key words: Health Services Accessibility. Delivery of Health Care. Primary Health Care. Neonatology. Unified Health System.

Resumen

La línea de atención es una estrategia que busca medios asistenciales seguros y garantizados al usuario en el Sistema Único de Salud de Brasil, tratando de lograr una atención integral. Este estudio presenta un enfoque cualitativo y tiene como objetivo analizar la percepción de los profesionales de la red de salud de atención primaria necesaria para obtener subvenciones para la construcción de una línea de atención neonatal de recién nacidos dados de alta de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la ciudad de Santa María, Rio Grande del Sur-Brasil. En el estudio participaron 12 profesionales de la atención primaria, siete enfermeras y cinco pediatras. Los datos fueron analizados mediante el análisis del contenido, de la temática, de los cuales surgieron los siguientes temas: la percepción de los profesionales sobre la línea de cuidado y la construcción de la línea de cuidado neonatal. Después del análisis de los resultados, se encontró que a pesar de la debilidad observada en las redes de atención primaria en el municipio, los profesionales de atención primaria tienen una comprensión de lo que es una línea de cuidado neonatal y han adoptado algunas prácticas destinadas a la creación de esta en un hospital de la ciudad. Se encontró que el instrumento utilizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales llamado nota alta, que tiene como objetivo la continuidad de la atención, no es eficaz a su propósito, una vez que se transfiere a los padres la tarea de buscar el acceso a la red, no hay conexión en las distintas puertas de entrada del sistema. También se observó que hay un movimiento que busca la comunicación entre la atención primaria y terciaria, y los profesionales de atención primaria son receptivos a los cambios de sus rutinas y buscan una consolidación de la línea de la atención neonatal.

Palabras Clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud. Prestación de Atención de Salud. Atención Primaria de Salud. Neonatología. Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde está intimamente relacionada às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência.¹ O conceito da integralidade, que começou a ser discutido a partir do movimento da Reforma Sanitária em 1980, se tornou um princípio com a criação do Sistema Único de Saúde por meio da Lei 8080/90, na qual a integralidade da assistência é “entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”.^{2,3}

A integralidade obrigatoriamente está relacionada à integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e serviços, uma vez que nenhuma organização em saúde dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de um usuário.^{4,5} Portanto, a organização das redes de atenção à saúde busca atender a totalidade do sujeito, evitando a fragmentação dos modelos assistenciais.

As linhas de cuidado se constituem como uma importante estratégia gerencial, que possibilitam guiar os usuários no fluxo, rompendo os limites dos serviços de origem e transversalizando a rede assistencial.⁶ Nesse sentido, o momento da alta hospitalar de cada usuário pode ser privilegiado para se produzir a continuidade da atenção em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contra referência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária ao usuário considerado em sua singularidade.⁷

No ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, verifica-se uma carência de estratégias que possam garantir a continuidade do cuidado quando o recém-nascido egresso desse serviço recebe alta do ambiente hospitalar. Essa situação é preocupante, uma vez que os recém-nascidos que estiveram internados em UTI Neonatal por prematuridade ou por agravos à saúde, necessitam de acompanhamento especializado, principalmente nos primeiros anos de vida.⁸

Em vista disso, este estudo foi realizado por um grupo de profissionais da fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição e enfermagem de um Programa de Residência Multiprofissional Integrada na área de concentração Mãe-Bebê, buscando desenvolver mecanismos para assegurar a continuidade do cuidado dos recém-nascidos após o período de internação na UTI Neonatal, a partir da interlocução entre diferentes níveis de atenção à saúde, conforme preconizado pelo Programa de Pós-Graduação. O objetivo do mesmo foi analisar a percepção dos profissionais da Atenção Básica à Saúde buscando subsídios para a construção de uma linha de cuidado neonatal de recém-nascidos egressos de uma UTI Neonatal do município de Santa Maria – Rio Grande do Sul (RS).

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo apresenta abordagem qualitativa. Faz parte de um projeto de pesquisa e intervenção realizado com o intuito de verificar como ocorreu o processo de alta dos neonatos maiores de 1500 gramas, que estiveram internados em uma UTI Neonatal de um Hospital Universitário de alta complexidade, a fim verificar a necessidade de implantação de uma linha de cuidado neonatal na cidade de Santa Maria (RS).

Inicialmente foi realizada coleta de dados nos prontuários de todos os recém-nascidos internados na UTI Neonatal no período de 01 de março de 2011 a 29 de fevereiro de 2012. Foram consultados os prontuários de 316 recém-nascidos, dos quais foram excluídos 186 por serem menores de 1500 gramas, seis por terem ido a óbito e 53 por não residirem no município de Santa Maria (RS), restando 73 recém-nascidos. Nos prontuários desses, foram obtidas informações que possibilitaram o mapeamento dos recém-nascidos de acordo com as regiões de Santa Maria (RS). Excluíram-se os recém-nascidos menores de 1500 gramas, uma vez que os mesmos eram encaminhados para acompanhamento médico e multiprofissional no Ambulatório de Seguimento do próprio hospital.

Após a coleta de dados nos prontuários, realizou-se contato telefônico com os responsáveis dos 73 recém-nascidos selecionados. Com os que aceitaram participar da pesquisa, foram agendadas visitas domiciliares para realização de uma entrevista semiestruturada, na qual constavam, entre outras, perguntas quanto à alta hospitalar, sendo uma das questões relacionadas aos encaminhamentos à Atenção Básica. Nessa etapa foram realizadas 46 entrevistas, uma vez que houveram 27 exclusões devido à desatualização do contato telefônico, endereço não encontrado ou recusa na participação da pesquisa. A partir dessas entrevistas, verificou-se que apenas três recém-nascidos haviam sido transferidos para a Atenção Básica. Os demais chegaram por conta própria às Unidades Básicas ou Estratégias de Saúde da Família mais próxima de suas residências, sendo os pais orientados a levarem a nota de alta, documento fornecido na UTI Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria, contendo dados clínicos do nascimento, do período de internação na UTI Neonatal e informações relacionadas às condutas no dia da alta hospitalar.

Tendo em vista a fragilidade da linha de cuidado com a não observância da implementação de um dos princípios assistenciais da linha de cuidado perinatal, que é o agendamento de atendimento na Atenção Básica de recém-nascidos egressos da UTI Neonatal, conforme o que preconiza a política de atenção ao recém-nascido,⁹ emergiu a necessidade de entrevistar os profissionais desse nível de atenção. A realização das entrevistas surgiu da necessidade de se construir uma linha de cuidado que promovesse a continuidade da assistência dos neonatos, levando em consideração a realidade vivenciada pelos profissionais da Atenção Básica.

As entrevistas foram realizadas com profissionais de unidades da rede básica, nas quais foram atendidos os neonatos incluídos na etapa da pesquisa realizada nos domicílios. Foram convidados a participar da entrevista um enfermeiro e um médico pediatra de cada unidade de saúde, com no mínimo um ano de experiência, sendo que na inexistência deste último, era convidado o médico clínico geral. Salienta-se que as equipes de profissionais de nível superior das unidades de Santa Maria (RS) são formadas somente por médicos e enfermeiros. Não aceitaram participar do estudo os profissionais de três unidades de saúde, restando nove unidades, nas quais foram entrevistados sete enfermeiros e cinco médicos pediatras.

Na coleta dos dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). As mesmas foram transcritas na íntegra e as respostas posteriormente analisadas por meio da análise temática de Minayo (2008).¹⁰ Os médicos pediatras foram codificados pela letra “P” e os enfermeiros pela letra “E”, ambas seguidas de identificação numérica referente à ordem em que foram entrevistados. Salienta-se que alguns dados apresentados neste artigo são de natureza quantitativa e foram utilizados para caracterizar o perfil da amostra.

Para a análise, os dados foram agrupados e interpretados após a leitura das falas originais contidas nas entrevistas. Os dados foram analisados utilizando-se os referenciais teóricos de linhas de cuidado, rede de atenção à saúde, integralidade e humanização.

O projeto que embasou o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem sob o protocolo de número 06637012.0.0000.5346 (ANEXO B). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise do perfil dos profissionais de saúde da rede de Atenção Básica, verificou-se que dos 12 entrevistados, 91,7% eram do sexo feminino, sendo que sete eram enfermeiras, quatro médicas pediátricas e um médico pediatra. O tempo médio de trabalho na Atenção Básica foi de dez anos.

Esse achado corrobora com um estudo realizado com o objetivo de avaliar o perfil das equipes de saúde da rede básica em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das Regiões Sul e Nordeste. Dos 4.749 profissionais que participaram do estudo, 81% eram do sexo feminino e 19% do sexo masculino.¹¹

Também é possível justificar o predomínio do sexo feminino devido ao perfil dos egressos das universidades. Em uma pesquisa realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, verificou-se na amostra estudada, que 57% eram do sexo feminino e que dentre os cursos da área da saúde estudados, na maioria prevaleceu o sexo feminino, com exceção do curso de medicina, no qual 55% eram do sexo masculino.¹²

Quanto aos locais de atuação dos profissionais, predominou o perfil de atenção em unidade básica tradicional (seis unidades básicas de saúde e três estratégias de saúde da família).

A partir da leitura qualitativa dos dados coletados com esses profissionais, visando responder as categorias preestabelecidas, emergiram os seguintes temas: percepção de profissionais sobre a linha de cuidado e construção da linha de cuidado neonatal.

Percepção de profissionais sobre a linha de cuidado

A partir da leitura qualificada das entrevistas, é possível identificar que para os profissionais da saúde, a linha de cuidado é definida como sendo essencial para a continuidade do cuidado, envolvendo mais do que um nível de atenção e a conexão entre os mesmos, bem como a comunicação entre diversos profissionais, visando o cuidado integral do usuário como revelam as falas a seguir:

“É a comunicação entre os setores, no mínimo deve haver comunicação seja escrita ou falada.” (E5).

“[...] para que exista uma conexão entre os dois serviços.” (P1).

“[...] a linha de cuidado é algo bem extenso, na qual se envolvem vários profissionais, uma equipe completa, porque um profissional sempre depende do outro, ninguém é onipotente, que consiga resolver todos os problemas.” (E7).

A concepção dos profissionais sobre a linha de cuidado vai ao encontro das literaturas que apontam a mesma como sendo um dispositivo estratégico para a garantia da integralidade da atenção.^{4,5,13,14}

A produção do cuidado em linha ou em rede transmite a ideia de construção de pontes entre os diferentes serviços, visando à continuidade do cuidado. As linhas de cuidado são uma forma de organizar o caminho do usuário pela rede de serviços e de qualificar as portas de entradas do sistema, em fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário.^{6,15}

Nesse modelo de configuração do serviço de saúde, é necessário que existam fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde para com os usuários, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar. É essencial que o usuário através do acesso universal, que não lhe deve ser negado, conheça cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele.⁴

As linhas de cuidado são pensadas de forma plena quando obrigatoriamente atravessam inúmeros serviços de saúde. Por exemplo, a imagem de uma linha de cuidado, que parte da Atenção Básica ou de qualquer outro lugar de entrada no sistema para os diversos níveis assistenciais.⁴ Assim, a linha do cuidado é fruto de um grande pacto entre todos os atores que controlam os serviços e recursos assistenciais,¹³ como manifesta o profissional a seguir:

“Para mim é o trabalho interligado, no qual se enxerga o indivíduo como um todo e no qual todos os profissionais precisam se responsabilizar por ele. Se ele nasceu lá no hospital, eu preciso saber como é que foram as condições e no hospital eles também precisam saber como é que foi o pré-natal [...].” (P3).

Percebe-se ainda que para os profissionais a linha de cuidado esta diretamente relacionada com a qualidade do serviço prestado ao usuário, na medida em que se constitui em um dispositivo que deva disparar garantia de práticas integrais e humanizadas de saúde, como revelam as falas a seguir:

“Entendo e acredito como (sendo) um olhar humanizado.” (E4).

“[...] a linha de cuidado seria a forma de abordar o paciente, a maneira como em conjunto a equipe atende, proporcionando um bem-estar, um acolhimento e com certeza a saúde, a promoção da saúde dos nossos pacientes.” (E6).

Os dispositivos da Política Nacional de Humanização de clínica ampliada e acolhimento vão ao encontro do que os profissionais referem nas falas supracitadas. Na clínica ampliada, tem-se como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade, a partir da integração da equipe multiprofissional, construção de vínculo, da elaboração de projeto terapêutico, entre outros. Já o acolhimento está relacionado com a recepção do usuário, responsabilização integral, escuta ampliada, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessária.⁹

Existe uma imensa dificuldade em se alcançar a integralidade do cuidado, quando o ponto de observação é o usuário e não os diversos serviços de saúde.⁴ A integralidade do cuidado que cada usuário necessita deve operar com o princípio da transversalidade, lançando mão de ferramentas para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores.¹⁶ Em vista disso, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em redes, na qual cada nível de atenção se configura como uma estação no circuito que cada usuário percorre para obter a integralidade de que necessita.⁴

No contexto do trabalho em redes, observou-se que os profissionais entrevistados possuem entendimento de que não importa o nível de atenção da referência, o importante é que ocorra a devolução do encaminhamento para o nível que fez a solicitação:

“[...] a referência é o serviço para onde se referencia aqueles casos que não puderam se resolver na Atenção Básica e contra referência é quando o caso foi atendido e é devolvido para a Atenção Básica.” (E3).

“É a comunicação entre os serviços de atendimento, como por exemplo, da UTI Neonatal com as Unidades Básicas de Saúde e/ou vice-versa, visando melhorar as informações para os cuidados do recém-nascido.” (P2).

“A referência é o encaminhamento do paciente a algum serviço ou profissional com a história clínica, laboratorial, solicitando uma avaliação e a contra referência é a resposta desse serviço.” (P4).

Um profissional define a referência como sendo realizada na Atenção Básica para um nível de maior densidade. A referência esta relacionada ao maior grau de complexidade para onde o usuário é encaminhado e a contra referência esta relacionada ao menor grau de complexidade, ou seja, quando o usuário retorna à Atenção Básica após o atendimento na alta complexidade.^{1,3}

A Atenção Básica tem sido considerada como estratégia central para construção do Sistema Único de Saúde, apresentando papel de destaque como o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, bem como na regulação do acesso e utilização dos serviços necessários para a integralidade do cuidado.^{17,18} Deve-se considerar a Atenção Básica a porta de entrada, ou pelo menos, a porta preferencial para o conjunto dos serviços de saúde.¹⁸ Nesse nível de atenção, as possibilidades de assistência à saúde precisam se esgotar, deixando os exames de maior complexidade para a real função de apoio e diagnóstico.^{13,18}

Uma das formas de se pensar o hospital nas redes de atenção à saúde, é como sendo a referência em situações que exigem assistência de maior gravidade. Nesse contexto, o hospital contribuiria para a integralidade do cuidado fazendo uma adequada contra referência à Atenção Básica após o atendimento.⁴

Os sistemas de atenção à saúde orientados a partir da Atenção Básica são mais apropriados porque sua organização parte das necessidades de saúde da população, impactando significativamente os níveis de saúde da mesma, reduzindo procedimentos mais caros e dando ênfase a promoção e prevenção das doenças. Entretanto, para que esses benefícios possam ser alcançados, a Atenção Básica precisa ter capacidade de solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população, de orientar os fluxos e contra fluxos de pessoas e informações das redes, de acolher e de se responsabilizar sanitária e economicamente por sua população.¹⁷

Contudo, apesar de todos os esforços para que a coordenação das linhas de cuidado seja feita a partir da Atenção Básica, é possível reconhecer a dificuldade para se colocar isso em prática, devido à posição hegemônica ocupada pelo hospital na produção dos cuidados, a descontinuidade dos cuidados e a fragmentação da atenção à saúde.¹⁸

Construção da linha de cuidado neonatal

A partir dos dados, é possível afirmar que os profissionais, apesar da desarticulação da rede de atenção à saúde, reconhecem a existência de uma linha de cuidado (em geral) relacionada às práticas vivenciadas na Atenção Básica, bem como a identificação da existência de um fluxograma de referência e contra referência:

“A referência e contra referência esta fluindo muito bem, pois nós trabalhamos em equipe, no caso a nossa unidade básica tem contato praticamente diário com a Estratégia de Saúde da Família, a gente troca os nossos serviços. Também nos dão um suporte os acadêmicos, o hospital universitário, a Unidade de Pronto Atendimento, o Pronto Atendimento [...] no momento que a gente solicita, sempre é atendido e consegue dar continuidade ao cuidado do paciente que tem certa dificuldade. A gente também procura fazer os encaminhamentos para as especialidades, mesmo que às vezes demore [...] hoje a secretaria conta com poucos especialistas, então isso dificulta.” (E1).

“Eu interpreto como sendo os pontos que ligam o serviço [...] quando eu preciso encaminhar um paciente pra algum outro local ou outro local me encaminhar ou reencaminhar aqui para a unidade [...]. Então, eu acho que é muito importante a utilização do protocolo de referência e contra referência” (E6).

Depreende-se das falas, que os profissionais operam no seu cotidiano práticas de cuidado no sentido de consolidar a linha de cuidado (em geral). Esse movimento, na perspectiva da micropolítica, reconhece a importância do comprometimento do profissional e do sistema pela saúde do usuário, que devem criar um projeto terapêutico adequado a cada sujeito em sua singularidade, pautados na responsabilização, vinculação e cuidado, promovendo a autonomia dos usuários.⁷

Também foi possível observar nas falas dos profissionais, que existem trocas não formalizadas com outros serviços de saúde de igual ou maior complexidade, que possibilitam solucionar as dificuldades apresentadas pelos usuários (de todas as faixas etárias), transcendentemente às possibilidades existentes na rede básica em saúde. Pode-se inferir que para que esse fluxo aconteça é necessário que o profissional da Atenção Básica opere a frente do usuário, buscando o atendimento que o mesmo necessita para a continuidade do cuidado. Percebe-se ainda a carência de assistência no nível secundário, expressa pela demora em se conseguir o atendimento e pelo reduzido número de profissionais neste nível de atenção.

O tema das linhas de cuidado remete aos profissionais a práticas integradoras da atenção, que perpassam pelo reconhecimento das necessidades dos usuários e que as mesmas devem ser asseguradas pela equipe de referência. Nesse sentido, além de organizar a linha de cuidado no que tange aos fluxos assistenciais, a Unidade Básica de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, devem assumir a gestão do projeto terapêutico, garantido o acesso a outros níveis de assistência, assim como após a contra referência, para que o vínculo continue com os profissionais da Atenção Básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados do usuário.¹³

Os profissionais entrevistados revelam a existência de protocolos de agendamento da consulta na Atenção Básica quando são noticiados da alta de um recém-nascido do alojamento conjunto em um dos hospitais públicos do município de Santa Maria (RS), como revelaram as falas a seguir:

“[...] já se começou a fazer o agendamento por telefone da primeira consulta da mãe e do bebê do Hospital Casa de Saúde [...].” (E2).

“[...] isso já acontece com o Hospital Casa de Saúde, que liga para fazer o agendamento da primeira consulta.” (E7).

Essa é uma importante iniciativa reconhecida pelos profissionais, que vai ao encontro da assistência em rede a partir da conexão entre os níveis de atenção a saúde. Essa ferramenta possibilita a criação de um elo de comunicação entre os profissionais do nível hospitalar e os profissionais da Atenção Básica. Têm-se então a possibilidade de se prever os caminhos que serão percorridos pelos usuários egressos do hospital, configurando uma linha de cuidado, que viabiliza a organização de fluxos sistematizados.^{6,15}

Por outro lado, os profissionais de saúde entrevistados percebem a falta de referência na construção de protocolos de transferência entre o Hospital Universitário e a rede de Atenção Básica. Esse hospital é o único serviço público no município de Santa Maria (RS) que possui UTI Neonatal e que acolhe os recém-nascidos em situação de risco. Nesse sentido, os profissionais referem que:

“[...] muitas vezes também tem ficado um mês pra criança me aparecer depois que nasceu. Então é bastante tempo, a consulta deveria ser em seguida, no máximo em uma semana [...].” (P3).

“[...] seria muito legal se funcionasse a Linha de Cuidado [...].” (E3).

Contudo, há por parte do Hospital Universitário de Santa Maria a instituição de um instrumento de transferência do recém-nascido da UTI Neonatal, denominado de nota de alta. Nessa constam informações atinentes ao recém-nascido relacionadas ao nascimento, período de internação e aos encaminhamentos realizados na alta hospitalar. É rotina do referido serviço repassar aos pais esse documento, para que os mesmos levem a nota de alta para a unidade de saúde de referência de seu domicílio na primeira consulta. Todavia, esse instrumento não é reconhecido e entregue aos profissionais da Atenção Básica, como revelam as falas a seguir:

“Não recebi a nota de alta diretamente. Apenas a daquele caso que eu comentei que a gente perguntou para mãe se ela tinha o documento, a mãe nos mostrou a pastinha com todos os papéis e ali estava a nota de alta. Mas ela não parecia estar orientada a nos mostrar.” (E2).

“Nunca vi nenhum instrumento vindo da universidade com alguma descrição. Até é bem ruim porque a gente não sabe o que se passou e acaba indo atrás, buscando informações com a mãe, mas às vezes a mãe não sabe fornecer a informação [...]” (E3).

“Eu até nem sei se a nota de alta é fornecida para as mães e elas não passam para gente, pois isso também acontece [...] Às vezes, quando se começa a investigar e a criança tem baixo peso, nós aproveitamos alguns dados que tem na carteirinha, mas na realidade a nota de alta eu não recebo.” (P1).

“Eu não sei se as mães têm trazido, pois não são todas que chegam para a consulta com a nota de alta [...] eu não sei o porquê, se não são orientadas a levar lá do hospital [...]” (P3).

A partir dos dados analisados, pôde-se observar que a prática atual adotada junto ao hospital de referência é a de transferir ao familiar à continuidade da atenção, uma vez que não se informa a unidade da Atenção Básica do nascimento da criança. O hospital parece não se incluir como responsável pela construção da linha de cuidado, delegando ao familiar (usuário) do serviço a continuidade da atenção.

Essa prática reafirma o afastamento que as diferentes portas de entrada mantêm no sistema indo de encontro à integralidade da atenção, que está no centro da conformação das redes de atenção e traz dentro de si, a garantia do acesso aos serviços de saúde. O acesso constitui-se em uma categoria de apreciação dos serviços de saúde e conforma-se em uma potente ferramenta para avaliação dos serviços pelos usuários que o acessam.¹⁹

Quando indagado aos profissionais sobre o conteúdo das anotações que devem constar na nota de alta da UTI Neonatal do Hospital Universitário, verificou-se que além dos dados do nascimento e da internação hospitalar, referem à necessidade de informações que possam subsidiar a continuidade do cuidado:

“[...] o recém-nascido chega aqui e a gente não sabe o que aconteceu, a gente não recebe aquele encaminhamento para a Atenção Básica. Seria o ideal isso aí, mandar um histórico da criança, tudo o que foi feito, até pra gente poder manter algumas coisas.” (P1).

“[...] na nota de alta devem constar quais as recomendações. Às vezes não existe urgência na consulta médica, mas se tem alguma recomendação de cuidados da enfermagem, então nós podemos promover isso. Nós podemos fazer esse acompanhamento com a mãe, principalmente se a gente tiver agente comunitário na área, aqui nós só temos três agentes pra toda área abrangente [...].” (E6).

“[...] na nota de alta deve constar quais os medicamentos que a criança vai continuar utilizando e por quanto tempo. Às vezes a gente vê nos documentos que a criança está tomando antibiótico, mas não diz por quanto tempo ela vai ter que continuar tomando. Às vezes as mães nos questionam isso e só terão consulta no hospital depois de um ou dois meses. Às vezes a gente tem que pedir para elas retornarem lá, nem que seja pela emergência para tentar obter essas informações, pois às vezes elas perdem a receita [...].” (E2).

“[...] vem a caderneta incompleta. Se fez o teste do reflexo vermelho, se fez o teste do coraçõzinho, isso muitas vezes não vem anotado [...] é importante constar na nota de alta, os exames que foram realizados [...] Se a criança fez fototerapia, se necessita fazer algum outro exame. Nessa nota de alta eles podem nos dar sugestões [...]”. (P3).

Apesar das falas denotarem a falha de comunicação entre os serviços, verificou-se que para os profissionais da Atenção Básica, é possível à construção da linha de cuidado articulando-se com o hospital de referência, a partir da utilização do agendamento prévio da primeira consulta do recém-nascido na unidade de saúde antes da alta hospitalar, conforme os relatos abaixo:

“Tranquilamente o pessoal da UTI Neonatal pode ligar para cá. Nós temos o pessoal da recepção, que entra em contato conosco [...] Daria tranquilo para fazer, não teria problema nenhum.” (E1).

“Sim, podemos pensar sim em agendar a primeira consulta para os pacientes que saem da UTI Neonatal. O problema aqui é de a agenda de puericultura ser pequena pra demanda

que tem de criança, mas a gente sempre abre uma exceção, coloca uma extra [...] A gente sempre dá um jeito, eu acho que poderia sim ter essa marcação” (E2)

“[...] eu acho que seria bem mais prático o hospital ligar para marcar a primeira consulta.” (E6).

Nesse sentido, a literatura refere que a alta somente poderia ocorrer quando a transferência do usuário sob cuidado fosse assegurada por outra equipe na rede básica ou em outra área especializada. A equipe de referência continuaria com o projeto terapêutico singular até o ingresso em outro nível de atenção, inclusive podendo interferir nos critérios de acesso.²⁰ Isso reafirma que não é do usuário a responsabilidade pela continuidade do cuidado, e sim, da rede de atenção, materializada nas ações dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da fragilidade observada nas redes de atenção no município de Santa Maria (RS), os profissionais da Atenção Básica possuem a compreensão do que é uma linha de cuidado e já adotam algumas práticas que visam o estabelecimento desta junto a outro hospital do município.

Constatou-se que o instrumento utilizado na UTI Neonatal, denominado nota de alta, não é efetivo ao que se propõe, não cumprindo o papel da continuidade do cuidado, uma vez que transfere aos pais a tarefa de buscar o acesso à rede, não conectando as diferentes portas de entrada do sistema.

Existe um movimento que busca a comunicação entre os níveis primário e terciário de atenção à saúde. Os profissionais da Atenção Básica mostram-se receptivos a mudança nas rotinas, estando disponíveis para a fazerem o agendamento prévio a alta hospitalar dos recém-nascidos egressos da UTI Neonatal a partir do contato dos profissionais do Hospital Universitário de Santa Maria. Nesse contexto, podem ser inseridos os protocolos de referência e contra referência, importantes ferramentas preestabelecidas, que auxiliam o processo de consolidação das linhas de cuidado em saúde.

Os dados preliminares desta pesquisa foram apresentados para as gestoras da enfermagem e da medicina da UTI Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria, que também foram receptivas as mudanças nas rotinas. Ficou pactuado que além da nota de alta, será preenchida uma nota de transferência para a Atenção Básica com os dados de identificação, endereço, contato telefônico e o nome do profissional que fez o contato com a Atenção Básica, sendo que ambas estarão fixadas junto à carteira do recém-nascido.

Além disso, o hospital se responsabilizou em fazer o contato antes da alta com a Atenção Básica, a fim de fazer o agendamento da primeira consulta do recém-nascido, ficando registrado o nome do profissional que realizou o contato. Já a Atenção Básica entrará em contato com o hospital após o atendimento do recém-nascido egresso da UTI Neonatal. Caso algum dos recém-nascidos não vá à consulta, a Atenção Básica fará a busca ativa dos mesmos.

Destaca-se o papel do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, que tem possibilitado a realização de Projetos de Pesquisa e Intervenção como o que originou este estudo, uma vez que o mesmo preconiza o trabalho em redes, seja no atendimento de um usuário no dia a dia ou no desenvolvimento de estratégias que envolvam diferentes níveis de atenção à saúde.

Sugere-se a realização de novas pesquisas, que visem avaliar a efetivação da implantação da linha de cuidado neonatal entre a UTI Neonatal e a Atenção Básica à Saúde. Essa estratégia poderá se expandir para outros municípios que acolherão recém-nascidos egressos da UTI Neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev Esc Enf USP*. 1999;33(4):323-33.
2. Brasil. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*; 1990 Set. 20.
3. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2008;7(1):65-72.
4. Cecílio LCdO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RAd. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003. p. 197-210.
5. Hartz ZMdA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl.2):331-36.
6. Carvalho e Marinho CC, Conceição CS, Santos MLMFd, Carvalho SMd, Menezes TMdO, Guimarães EP. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)vendo o tecer dos fios. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2011;35(3):619-33.
7. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2010;14(34):593-606.
8. Oliveira SRd, SENA RRd. A alta da unidade de terapia intensiva neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. *Rev Min Enferm*. 2010;14(1):103-09.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

10. Minayo MSdS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, 2008.
11. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DSd, Siqueira FV et al.. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões sul e nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Sup.1):193-201.
12. Machado GR. Perfil do egresso da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
13. Franco TB, Magalhães Jr. HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Miranda Jr. H, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 1ed. São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 125-34.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RAd. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 165-84.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de Produção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciêns Saúde Colet*. 2010;15(5):2297-2305.
18. Cecilio LCdO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LAd, Andrade MdGG et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciêns Saúde Colet*. 2012;17(11):2893-2902.
19. Weiller TH. O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí (RS): um cenário de controvérsias [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2008.

20. Campos GWdS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. Ciênc Saúde Coletiva vol. 2007;12(2):301-06.

ANEXO A – Diretrizes para os autores da Revista Baiana de Saúde Pública

A Revista Baiana de Saúde Pública (RBSP), publicação oficial da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), de periodicidade trimestral, publica contribuições sobre aspectos relacionados aos problemas de saúde da população e à organização dos serviços e sistemas de saúde e áreas correlatas. São aceitas para publicação as contribuições escritas preferencialmente em português, de acordo com as normas da RBSP, obedecendo a ordem de aprovação pelos editores. Os trabalhos são avaliados por pares, especialistas nas áreas relacionadas aos temas referidos.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RBSP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto como às ilustrações e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente. Os artigos publicados serão de propriedade da revista, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista. Devem ainda referenciar artigos sobre a temática abordados nesta Revista.

CATEGORIAS ACEITAS:

- 1 Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre um assunto em pauta, definido pelo Conselho Editorial (10 a 20 laudas).
- 2 Artigos originais de temas livres:
 - 2.1 Apresentando resultados finais de pesquisas científicas (10 a 20 laudas);
 - 2.2 Ensaaios com análise crítica sobre um tema específico (5 a 8 laudas);
 - 2.3 Revisão crítica de literatura sobre tema específico (8 a 15 laudas).
- 3 Comunicações: informes de pesquisas em andamento, programas e relatórios técnicos (5 a 8 laudas).
- 4 Teses e dissertações: resumos de dissertações de mestrado e teses de doutorado/livre docência defendidas e aprovadas em universidades brasileiras (texto em português no máximo 2 laudas, e versões em inglês e espanhol). Os resumos devem ser encaminhados com o título oficial da tese, dia e local da defesa, nome do orientador e local disponível para consulta.
- 5 Resenha de livros: livros publicados sobre temas de interesse, solicitados pelos editores (1 a 4 laudas).
- 6 Relato de experiências: apresentando experiências inovadoras (8 a 10 laudas).
- 7 Carta ao editor: comentários sobre material publicado (2 laudas).
- 8 Documentos: de órgãos oficiais sobre temas relevantes (8 a 10 laudas).

EDITORIAL

De responsabilidade dos editores, pode também ser redigido por um convidado, mediante solicitação do editor geral (1 a 3 laudas).

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. INSTRUÇÕES GERAIS PARA ENVIO

Os trabalhos a serem apreciados pelos editores e revisores seguirão a ordem de recebimento e deverão obedecer aos seguintes critérios de apresentação:

- a) Todas as submissões devem ser enviadas por meio do Sistema Eletrônico de Editoração de Revista – SEER. Preenchimento obrigatório dos metadados, sem os quais o artigo não seguirá para avaliação;
- b) as páginas do texto devem ser formatadas em espaço 1,5, com margens de 2 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12, página padrão A4, numeradas no canto superior direito;
- c) os desenhos ou fotografias digitalizadas serão encaminhados em arquivos separados.

ARTIGOS

Folha de rosto: informar o título (com versão em inglês e espanhol), nome(s) do(s) autor(es), principal vinculação institucional de cada autor, órgão(s) financiador(es) e endereço postal e eletrônico de um dos autores para correspondência.

Segunda folha: iniciar com o título do trabalho, sem referência a autoria, e acrescentar um resumo de no máximo 200 palavras, com versão em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Trabalhos em espanhol ou inglês devem também apresentar resumo em português. Palavras-chave (3 a 5) extraídas do vocabulário DECS (Descritores em Ciências da Saúde/<http://decs.bvs.br>) para os resumos em português e do MESH (Medical Subject Headings/ www.nlm.nih.gov/mesh) para os resumos em inglês.

Terceira folha: título do trabalho sem referência à autoria e início do texto com parágrafos alinhados nas margens direita e esquerda (justificados), observando a sequência: introdução – conter justificativa e citar os objetivos no último parágrafo; material e métodos; resultados, discussão, conclusão ou considerações finais (opcional) e referências. Digitar em página independente os agradecimentos, quando necessários, e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

RESUMOS

Os resumos devem ser apresentados nas versões português, inglês e espanhol. Devem expor sinteticamente o tema, os objetivos, a metodologia, os principais resultados e as conclusões. Não incluir referências ou informação pessoal.

TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Obrigatoriamente, os arquivos das ilustrações (quadros, gráficos, fluxogramas, fotografias, organogramas etc.) e tabelas devem encaminhados em arquivo independentes; suas páginas não devem ser numeradas. Estes arquivos devem ser compatíveis com processador de texto “Word for Windows” (formatos: PICT, TIFF, GIF, BMP).

O número de ilustrações e tabelas deve ser o menor possível. As ilustrações coloridas somente serão publicadas se a fonte de financiamento for especificada pelo autor.

Na seção resultados, as ilustrações e tabelas devem ser numeradas com algarismos arábicos, por ordem de aparecimento no texto, e seu tipo e número destacados em negrito (e.g. “[...] na Tabela 2 as medidas [...]).

No corpo das tabelas, não utilizar linhas verticais nem horizontais; os quadros devem ser fechados.

Os títulos das ilustrações e tabelas devem ser objetivos, situar o leitor sobre o conteúdo e informar a abrangência geográfica e temporal dos dados, segundo Normas de Apresentação Tabular do IBGE (e.g.: Gráfico 2. Número de casos de AIDS por região geográfica – Brasil – 1986-1997).

Ilustrações e tabelas reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição após o título.

ÉTICA EM PESQUISA

Trabalho que resulte de pesquisa envolvendo seres humanos ou outros animais deve vir acompanhado de cópia escaneada de documento que ateste sua aprovação prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), além da referência na seção Material e Métodos.

REFERÊNCIAS

Preferencialmente, qualquer tipo de trabalho encaminhado (exceto artigo de revisão) deverá listar até 30 fontes.

As referências no corpo do texto deverão ser numeradas em sobrescrito, consecutivamente, na ordem em que forem mencionadas a primeira vez no texto.

As notas explicativas são permitidas, desde que em pequeno número, e devem ser ordenadas por letras minúsculas em sobrescrito.

As referências devem aparecer no final do trabalho, listadas pela ordem de citação, alinhadas apenas à esquerda da página, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos/ Vancouver), disponíveis em <http://www.icmje.org> ou <http://www.abec-editores.com.br>.

Quando os autores forem mais de seis, indicar apenas os seis primeiros, acrescentando a expressão et al.

Exemplos:

a) LIVRO

Acha PN, Szyfres B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. 2ª ed. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud; 1989.

b) CAPÍTULO DE LIVRO

Almeida JP, Rodriguez TM, Arellano JLP. Exantemas infecciosos infantiles. In: Arellano JLP, Blasco AC, Sánchez MC, García JEL, Rodríguez FM, Álvarez AM, editores. Guía de autoformación en enfermedades infecciosas. Madrid: Panamericana; 1996. p. 1155-68.

c) ARTIGO

Azevêdo ES, Fortuna CMM, Silva KMC, Sousa MGF, Machado MA, Lima AMVMD, et al. Spread and diversity of human populations in Bahia, Brazil. *Human Biology*. 1982;54:329-41.

d) TESE E DISSERTAÇÃO

Britto APCR. Infecção pelo HTLV-I/II no estado da Bahia [Dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1997.

e) RESUMO PUBLICADO EM ANAIS DE CONGRESSO

Santos-Neto L, Muniz-Junqueira I, Tosta CE. Infecção por *Plasmodium vivax* não apresenta disfunção endotelial e aumento de fator de necrose tumoral-a (FNT-a) e interleucina-1b (IL-1b). In: Anais do 30º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Salvador, Bahia; 1994. p. 272.

f) DOCUMENTOS EXTRAÍDOS DE ENDEREÇO DA INTERNET

Autores ou sigla e/ou nome da instituição principal. Título do documento ou artigo. Extraído de [endereço eletrônico], acesso em [data]. Exemplo:

Comissão de Residência Médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia. Regimento Interno da Coreme. Extraído de [<http://www.hupes.ufba.br/coreme>], acesso em [20 de setembro de 2001].

Não incluir nas Referências material não-publicado ou informação pessoal. Nestes casos, assinalar no texto: (i) Antunes Filho FF, Costa SD: dados não-publicados; ou (ii) Silva JA: comunicação pessoal, 1997.

Todavia, se o trabalho citado foi aceito para publicação, incluí-lo entre as referências, citando os registros de identificação necessários (autores, título do trabalho ou livro e periódico ou editora), seguido da expressão latina *In press* e o ano.

Quando o trabalho encaminhado para publicação tiver a forma de relato de investigação epidemiológica, relato de fato histórico, comunicação, resumo de trabalho final de curso de pós-graduação, relatórios técnicos, resenha bibliográfica e carta ao editor, o(s) autor(es) deve(m) utilizar linguagem objetiva e concisa, com informações introdutórias curtas e precisas, delimitando o problema ou a questão objeto da investigação. Seguir as orientações para referências, ilustrações e tabelas.

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1. Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Creative Commons Attribution License que permitindo o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial nesta revista.
2. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.
3. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PROJETO DE PESQUISA

Título: ALTA DE RECÉM-NASCIDOS MAIORES DE 1500g DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: IDENTIFICAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 06637012.0.0000.5346

Pesquisador: Lizandra Flores Pimenta

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 109.679

Data da Relatoria: 17/09/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula "Alta de recém-nascidos maiores de 1500g da unidade de terapia intensiva neonatal: identificação da linha de cuidado" e se constitui num projeto de trabalho de conclusão de curso do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de Saúde. O trabalho será executado junto ao HUSM e diz tratar-se "de um estudo transversal". Afirma-se, ainda, que a amostra será constituída pelos neonatos que estiveram internados na UTI Neonatal do HUSM no período de 1º de março de 2011 a 29 de fevereiro de 2012. São apresentados critérios de inclusão e de exclusão dos envolvidos.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o que está dito do projeto, p. 8, o objetivo geral do trabalho é "verificar como ocorreu o processo de alta dos neonatos nascidos com peso superior a 1500g, que estiveram internados na UTIN do HUSM no período de 1º de março de 2011 a 29 de fevereiro de 2012, a fim de propor um formulário de alta e um fluxograma de referência."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

a avaliação dos riscos e benefícios apresentados parece adequada para o projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pode-se destacar como ponto importante do trabalho a intenção de elaborar um formulário de alta hospitalar e um fluxograma de linha de cuidado. Esses instrumentos podem qualificar o atendimento aos usuários do HUSM.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados na versão apresentada

Recomendações:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: 5532-2093

Fax: 5532-2080

E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovar o projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 27 de Setembro de 2012

Assinado por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: 5532-2093 **Fax:** 5532-2080 **E-mail:** comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE A – Entrevista semiestruturada**Roteiro da entrevista gravada**

1) Qual é a sua profissão:
2) É profissional do serviço há quanto tempo?
3) O que você entende por linha de cuidado/referência e contra referência?
4) Você está satisfeito com a nota de alta/transferência que recebe da UTI Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria? Por quê?
5) Você gostaria de acrescentar algum dado na nota de alta que seja importante para contribuir com o atendimento dessas crianças? Qual/quais?
6) Você acha que é possível realizar a busca ativa das crianças que não compareceram na consulta agendada na Unidade Básica de Saúde? Por quê?
7) Você acha que é possível comunicar o Serviço da UTI Neonatal do HUSM que as crianças vieram para consulta na Unidade Básica de Saúde através de telefonema ou relatório de atendimentos ou outro meio de comunicação? Por quê?

Santa Maria, ____/____/2012.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA-UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Alta de recém-nascidos maiores de 1500g da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Identificação da linha de cuidado”. O estudo pretende verificar como ocorreu o processo de alta dos neonatos nascidos com peso superior a 1500g, que estiveram internados na UTI Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre como está sendo o atendimento das crianças oriundas da UTI Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria, se você está satisfeito com a nota de alta que recebe da UTI Neonatal através dos pais das crianças e sobre qual o seu entendimento sobre linha de cuidado e sobre referência e contra referência. As respostas serão gravadas. Esta entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos.

Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com o serviço de saúde.

É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Este documento será feito em duas vias iguais, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa. O conteúdo das entrevistas realizadas será guardado pelo período de 5 (cinco) anos, em arquivo digital, depositado no computador pessoal da pesquisadora responsável pelo projeto, instalado na sala anexa, ao lado do Auditório do CCS, do prédio 26B, da unidade universitária do Centro de Ciências da saúde, situado na Av.Roraima n. 1000, Faixa de Camobi, Km 09 - Campus Universitário, CEP: 97105-900, Santa Maria - RS

Declaração do profissional entrevistado

- Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados,

seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

- Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.
- Tive tempo suficiente para fazer perguntas e essas me foram respondidas de forma completa e detalhada. Além disso, posso, a qualquer momento, solicitar novos esclarecimentos.
- Li e compreendi este termo, havendo recebido uma cópia do mesmo.
- Estou ciente de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o projeto, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu Serviço.
- Tenho conhecimento de que todos os dados pessoais serão mantidos em total confidencialidade, ou seja, em nenhuma hipótese serão citados nomes, na divulgação de resultados deste estudo.

Assim sendo, eu _____,
RG nº _____, abaixo assinado, declaro que, após a leitura e esclarecimento deste documento, concordo na participação nesta pesquisa, livre de qualquer forma de constrangimento e coação.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM, Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Os telefones de contato para quaisquer esclarecimentos são (55) 91429743, com a responsável pelo projeto.

Profissional entrevistado

Pesquisador responsável

Observação: O Termo de Consentimento Informado, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante da pesquisa ou do seu representante legal e outra com o(s) pesquisador(es) responsável(eis).

Santa Maria, ____/____/____