

Artigo Original

Itinerário terapêutico do prematuro e a comunicação na Rede de Atenção à Saúde*

Therapeutic itinerary of premature newborns and communication in the Health Care Network
Itinerario terapéutico de la prematuridad y la comunicación en la Red de Atención a la Salud

Danieli Parisotto¹ , Ketlyn Scheffer Adolfo¹ ,
Emily Cristina Getelina¹ , Elisangela Argenta Zanatta¹ ,
Silvana dos Santos Zanotelli¹ 

¹ Universidade do Estado de Santa Catarina, Chapecó, Santa Catarina, Brasil

* Extraído da dissertação "Sumário de alta para continuidade do cuidado do prematuro na Atenção Primária à Saúde", Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, Universidade do Estado de Santa Catarina, 2024.

Resumo

Objetivo: descrever o itinerário terapêutico do recém-nascido prematuro e a comunicação entre os profissionais na Rede de Atenção à Saúde. **Método:** pesquisa qualitativa, com 11 enfermeiras, captadas pela técnica *snowball*. Coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas presenciais e virtuais em agosto de 2022. Realizou-se análise de conteúdo temática. **Resultados:** evidenciaram-se duas categorias: "Itinerário terapêutico do prematuro e encaminhamentos realizados" e "Comunicação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde no itinerário terapêutico do prematuro". **Conclusão:** o itinerário terapêutico do recém-nascido prematuro é definido a partir do seu nascimento, conforme condições de saúde. Após a alta hospitalar, cuidados são assumidos pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde, os quais determinarão encaminhamentos para cuidados especializados. Conhecer o itinerário terapêutico do prematuro e a comunicação entre pontos da Rede de Atenção à Saúde contribui tanto para a continuidade do cuidado quanto para a redução da morbimortalidade infantil.

Descritores: Enfermagem; Recém-Nascido Prematuro; Itinerário Terapêutico; Serviços de Saúde; Comunicação em Saúde

Abstract

Objective: to describe the therapeutic itinerary of the premature newborn and the communication between professionals in the Health Care Network. **Method:** qualitative research with 11 nurses, recruited by snowball technique. Data collection was carried out through semi-structured face-to-face and virtual interviews in August 2022. Thematic content analysis was conducted. **Results:** two categories stood out: "Therapeutic itinerary of premature newborns and referrals" and "Communication between the services of the Health Care Network in the

therapeutic itinerary of premature newborns". **Conclusion:** the therapeutic itinerary of premature newborns is defined from birth, according to health conditions. After discharge from hospital, care is taken by the professionals of Primary Health Care, who will determine referrals to specialized care. Knowing the therapeutic itinerary of premature babies and communication between points of the Health Care Network contributes both to the continuity of care and to the reduction of infant morbidity and mortality.

Descriptors: Nursing; Infant, Premature; Therapeutic Itinerary; Health Services; Health Communication

Resumen

Objetivo: describir el itinerario terapéutico del recién nacido prematuro y la comunicación entre los profesionales de la Red de Atención a la Salud. **Método:** investigación cualitativa, con 11 enfermeras, captadas por la técnica snowball. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas presenciales y virtuales en agosto de 2022. Se llevó a cabo análisis de contenido temático. **Resultados:** se evidenciaron dos categorías: "Itinerario terapéutico del prematuro y derivaciones realizadas" y "Comunicación entre los servicios de la Red de Atención a la Salud en el itinerario terapéutico del prematuro". **Conclusión:** el itinerario terapéutico del recién nacido prematuro se define desde su nacimiento, según condiciones de salud. Después del alta hospitalaria, los cuidados son asumidos por los profesionales de la Atención Primaria a la Salud, quienes determinarán derivaciones para cuidados especializados. Conocer el itinerario terapéutico del prematuro y la comunicación entre los puntos de la Red de Atención a la Salud contribuye tanto a la continuidad del cuidado como a la reducción de la morbimortalidad infantil.

Descriptores: Enfermería; Recien Nacido Prematuro; Ruta Terapéutica; Servicios de Salud; Comunicación en Salud

Introdução

Nascimento prematuro é todo aquele que ocorre antes das 37 semanas completas de gestação, categorizado conforme a idade gestacional (IG). A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica esses nascimentos em três esferas, sendo elas: prematuro tardio (entre 34 e 36 semanas e 6 dias), moderado (entre 28 e 33 semanas e 6 dias) e extremo (menos de 28 semanas de gestação).¹

A prematuridade se caracteriza como um problema de saúde pública, uma vez que sua etiologia é multifatorial e inter-relacionada. Um estudo² apresenta um modelo teórico dos determinantes do nascimento prematuro por meio de hierarquização de determinação, distribuídos em três níveis: condições econômicas – nível distal; fatores psicossociais, estresse, depressão, ansiedade, utilização dos serviços de saúde e comportamento de riscos – nível intermediário; e fatores ligados à mãe e ao feto – nível proximal.

As taxas de partos prematuros não mudaram globalmente, sendo que, entre os anos de 2010 e 2020, nasceram cerca de 152 milhões de prematuros. Em âmbito

nacional, de 2011 a 2019, foram registrados em torno de 3 milhões de nascimentos prematuros, correspondendo a uma prevalência de 11%, situando o Brasil entre os dez países com maior ocorrência de desses nascimentos. Em 2011, a região Sul do país apresentou uma prevalência de 9,3% de prematuros; e, em 2021, 11,3%.^{1,3-4}

Nota-se um crescimento de nascimentos prematuros em todo o Brasil. Essas elevadas taxas geram altos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e constituem uma das principais causas de mortalidade infantil, ou seja, aquela que ocorre antes dos 5 anos, em especial no período neonatal, até os 28 dias de vida. Os que sobrevivem enfrentam consequências para a saúde, como situações de incapacidades e de atrasos no desenvolvimento.^{1,3,5}

Ao nascer prematuramente, o recém-nascido (RN) rapidamente deve adaptar-se a um ambiente ao qual ele ainda não está totalmente preparado para estar e habitar devido à sua imaturidade orgânica, fisiológica e, por vezes, anatômica. Quando esse processo não ocorre de maneira eficaz, o prematuro precisa de cuidados especializados, com suporte humano e tecnológico, resultando em um recurso de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).⁶⁻⁷

A internação neonatal tem cada vez mais contado com o progresso científico, o qual possibilita avanços tecnológicos, ocasionando mudanças no processo assistencial ao prematuro que apresenta maiores riscos de mortalidade, infecções, problemas nutricionais e atrasos no desenvolvimento, acarretando um aumento na qualidade da sua sobrevivência. Esse processo de internação pode perdurar por um longo período, a fim de possibilitar que ele esteja adaptado e preparado para enfrentar a vida extrauterina de forma independente.^{6,8}

Para tanto, mesmo após a alta hospitalar, o prematuro ainda enfrentará um risco evidente de morbimortalidade, pois possui condições do processo saúde-doença ainda imprevisíveis e influenciáveis por fatores socioeconômicos e adaptativos. O envolvimento dos profissionais de saúde que atuam em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na extensão dos cuidados empregados na hospitalização é um dos fatores determinantes para que o acompanhamento do prematuro, após a alta hospitalar, seja garantido. Para isso, é fundamental assegurar um ambiente minimamente facilitador à vida e com condições dignas de pleno desenvolvimento, atribuindo a continuidade do cuidado assistencial.^{6,9}

A complexidade e a pluralidade da continuidade do cuidado do prematuro e a interface com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) remetem à implementação da comunicação entre as seguintes Redes Temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências, Rede Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas.¹⁰⁻¹¹

Nesse cenário, o caminho percorrido, a partir da saída do hospital em busca de cuidados para manter a saúde da criança, é denominado itinerário terapêutico. Esse caminho se relaciona com os serviços e ações de cuidado acessados, incluindo facilidade ou dificuldade de acesso e agilidade nos encaminhamentos, que podem interferir nos resultados alcançados. O itinerário percorrido na RAS pelo prematuro varia de acordo com as suas necessidades de saúde, onde a continuidade do cuidado é diretamente impactada nesse processo.¹²⁻¹³

Em tal contexto, a comunicação entre os profissionais que atuam em diferentes pontos da RAS, percorridos pelo prematuro, em seu itinerário terapêutico, constitui um elemento essencial, pois, ao analisar as informações de eventos anteriores vividos por ele, o profissional consegue realizar uma análise clínica e desenvolver uma interpretação para o planejamento de intervenções. Reconhecer a necessidade e abordar as lacunas da comunicação em saúde oportuniza a melhora da prestação de cuidados, possibilitando o atendimento integral e, conseqüentemente, evitando a sua fragmentação.¹⁴⁻¹⁶

Considerando o exposto, questionou-se: qual é o itinerário terapêutico percorrido pelo prematuro após o nascimento na RAS e como ocorre a comunicação entre os profissionais que atuam nos diferentes pontos da rede?

Este estudo tem por objetivo descrever o itinerário terapêutico do recém-nascido prematuro e a comunicação entre os profissionais na Rede de Atenção à Saúde.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, realizada na RAS das regiões de saúde Oeste e Extremo-Oeste do estado de Santa Catarina (SC), compostas por 57 municípios, localizados no interior do estado, distante a aproximadamente 600km da capital Florianópolis. Dados do último censo demográfico

estimam que essas regiões possuem uma população de 649.406 mil habitantes, atendida por um único hospital de referência para a alta complexidade, localizado em um município estratégico, polo comercial e industrial da região, com cerca de 250 mil habitantes, local onde ocorrem as internações de RN graves e potencialmente graves, incluindo os recém-nascidos prematuros (RNPT).¹⁷

Os municípios das regiões do estudo possuem como modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) a Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da qual ocorrem as consultas de pré-natal. Na ocorrência do risco ou do trabalho de parto prematuro, acontecem o encaminhamento para o município de referência para pré-natal de alto risco e, se for o caso, o nascimento prematuro. No ano de 2022, as regiões do estudo somaram 8.484 nascimentos, com uma prevalência de prematuridade de 10,08%, de maneira semelhante aos dados da região sul do Brasil e do país, que variaram em torno de 11% em 2021.⁴ O método seguiu os critérios do checklist *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).¹⁸

Participaram da pesquisa enfermeiros que atuam na APS e unidades hospitalares de sete municípios das regiões de saúde Oeste e Extremo-Oeste de SC. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro, atuar na atenção à saúde do prematuro em ambiente hospitalar e em Unidade Básica de Saúde (UBS), na modalidade assistencial, por, no mínimo, 6 meses. Foram excluídos os que estavam em afastamento por qualquer motivo ou aqueles que estivessem substituindo, temporariamente, outro profissional naquela unidade.

Os participantes foram captados pela técnica *snowball*, ou “bola de neve”. O primeiro foi indicado por conveniência por uma das pesquisadoras, que, ao final da entrevista, indicou outro e assim sucessivamente. O contato inicial foi via aplicativo de mensagens para agendamento da entrevista.¹⁹⁻²⁰

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas²¹ individuais, realizadas no ambiente de trabalho dos profissionais, virtualmente, pela ferramenta *Microsoft Teams*, guiadas por um roteiro criado pelas pesquisadoras. Foram utilizados dois roteiros para guiar a coleta das informações.

A entrevista com as enfermeiras da APS foi composta por oito perguntas norteadoras, que abordavam a dinâmica do atendimento desde o diagnóstico da gestação, identificação de um possível trabalho de parto prematuro, até o retorno do

prematuro após o período de internação hospitalar. O roteiro para as enfermeiras da atenção hospitalar foi composto por sete perguntas norteadoras, sobre a dinâmica do recebimento da gestante em trabalho de parto prematuro, processo de internação neonatal e encaminhamentos na alta hospitalar.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, na íntegra, para posterior análise. A técnica de coleta de dados se deu pela flexibilidade de investigação, possibilitando a interrogação, obtenção de dados em profundidade, captação de expressão corporal e ênfase nas respostas, garantindo a compreensão do fenômeno pesquisado sob a perspectiva do entrevistado. Para delimitar a quantificação de entrevistas, foi utilizada a saturação teórica, ou seja, interrompeu-se a inclusão de novos participantes quando as informações obtidas passaram a apresentar repetição ou redundância.¹⁹⁻²⁰

Optou-se por entrevistar enfermeiros, por se tratarem de profissionais de referência nas equipes na detenção das informações e pela facilidade de acesso. Eles estão à frente nos fluxos de trabalho, definindo e/ou implementando processos operacionais, influenciando diretamente na eficiência e na qualidade dos serviços prestados aos pacientes. As entrevistas foram realizadas durante o mês de agosto de 2022, com duração média de 1 hora.

As informações foram analisadas pelo método de análise de conteúdo temática,²² constituída de três etapas essenciais, sendo elas: pré-análise, exploração do material, interpretação e tratamento dos resultados obtidos.

Na pré-análise, as entrevistas foram transcritas manualmente, na íntegra, utilizando-se a ferramenta *Microsoft Word*. Depois, foi realizada uma breve leitura, tornando possível a pré-análise e constituindo uma visão geral do itinerário terapêutico do prematuro pela RAS. Durante a exploração do material, foram designados todos os cenários possíveis e os aspectos envolvidos no processo do itinerário terapêutico e da comunicação entre os profissionais, codificando os dados e separando-os pelas cores verde (para os cenários do itinerário) e laranja (para os aspectos de comunicação). As informações foram revisadas por pares, com ampla discussão e reflexão, conferindo credibilidade e confirmabilidade aos dados.²³ Após interpretação dos dados, constituíram-se duas categorias: "Itinerário terapêutico do prematuro e

encaminhamentos realizados” e “Comunicação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde no itinerário terapêutico do prematuro”.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local sob o Parecer nº 5.047.628. Todos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, constantes nas resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tiveram suas recomendações respeitadas. As participantes foram identificadas com a letra E (enfermeira), seguida de algarismo numérico de acordo com a ordem de participação: E1, E2, E3 [...], E11. Ao concordarem com a participação no estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações.

Resultados

Esta pesquisa retrata a realidade de um serviço hospitalar, referência para internações neonatais e de sete municípios que fazem parte das regiões de saúde Oeste e Extremo-Oeste do estado de SC.

Participaram do estudo 11 enfermeiras, todas do sexo feminino, três atuantes em instituições hospitalares e oito em UBS. As profissionais desempenham atividades há, pelo menos, 6 meses nos serviços de saúde, em equipes da ESF; e, em ambiente hospitalar há, no mínimo, 3 anos, nos setores de UTIN, Neonatologia Clínica e Internação Pediátrica.

A análise das entrevistas possibilitou a construção de duas categorias.

Itinerário terapêutico do prematuro e encaminhamentos realizados

O início do itinerário terapêutico do prematuro se dá no momento do nascimento, que acontece, na maioria das vezes, no hospital, onde, a depender da gravidade das condições e dos agravantes, ocorre a internação em UTIN ou Neonatologia Clínica. Com o passar dos dias, considerando a estabilidade clínica e as condições do RN, como peso maior que 1800g e idade gestacional corrigida (IGC) de 34 semanas, ele pode ser transferido para internação pediátrica e, na sequência, havendo condições, ocorre a alta hospitalar. A partir desse momento, os cuidados com o prematuro são assumidos pelos profissionais que atuam na APS do território ao qual sua família pertence.

Conforme as condições e necessidades do quadro clínico de alta do prematuro, ele pode necessitar de cuidados especializados, prescritos no ato da alta hospitalar. Algumas das

especialidades não estão disponíveis na APS, sendo encaminhadas, por meio do Sistema Nacional de Regulação (SisReg), para atenção especializada e assistência.

A partir das informações coletadas junto às enfermeiras participantes da pesquisa, foi elaborado um fluxograma do itinerário terapêutico do prematuro na RAS, bem como todos os possíveis caminhos que ele pode percorrer.

Destacam-se o ponto inicial, representado pelo hospital de referência, e o destino, representado pela APS. Existem vários locais em que o prematuro pode passar e, por isso, a comunicação é condição *sine qua non* para que, ao final do itinerário terapêutico, a criança alcançar um cuidado integral e continuado.

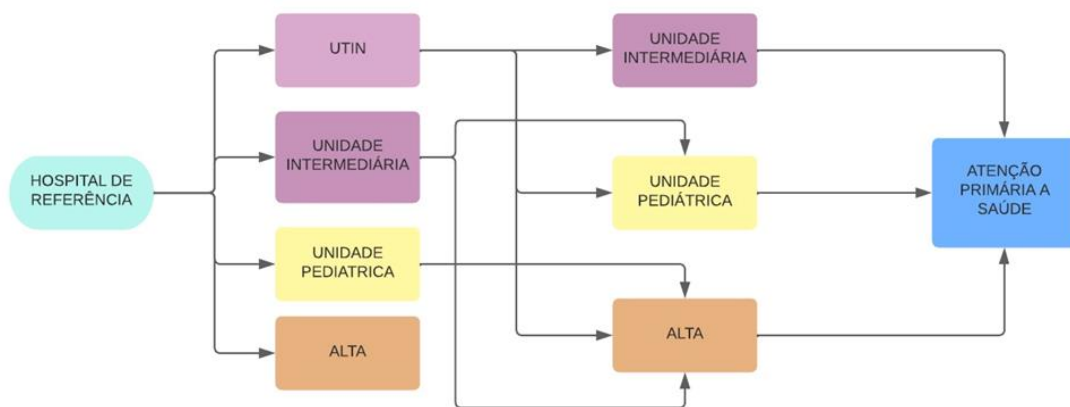


Figura 1 - Fluxograma do itinerário terapêutico do prematuro na Rede de Atenção à Saúde, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 2023

Ao iniciar o percurso do itinerário, no momento de transferência intra-hospitalar, os documentos encaminhados são as cópias das últimas prescrições, tanto do médico quanto do enfermeiro, os exames realizados, o registro de sinais vitais, além da caderneta da criança que acompanha o prematuro na RAS, nos serviços que o recebem.

*[...] a gente copia os últimos exames, a prescrição, da folha do cateter central de inserção periférica (PICC), manda carteirinha, mas é "uns" xerox do que for relevante para eles verem, acompanhar, e seguir o tratamento. (E1)
Vem a cópia da última prescrição, do último registro evolução e a última cópia de sinais vitais. Vem para nós. (E7)*

A alta hospitalar é um momento delicado para cada prematuro. O fato de não necessitar mais do ambiente hospitalar não significa que o cuidado deve ser

interrompido ali, ou seja, o hospital é apenas o primeiro ponto da rede de assistência no itinerário terapêutico. Após a alta desse serviço e o retorno à sua residência, o prematuro necessita de cuidados continuados, sendo a APS responsável pela integralidade da assistência.

Para que o cuidado ocorra de maneira efetiva, é fundamental uma referência desses serviços para a APS, com as informações pertinentes para a continuidade do cuidado. Observou-se que existe apenas um setor do hospital que possui um *checklist* de alta, e fica sob responsabilidade dos pais levá-lo até a UBS para receber os devidos encaminhamentos.

É colocado na carteirinha o que a mãe tem que procurar, é orientado para ela [...] isso fica meio que a cargo dos pais fazer. A gente não tem aquela referência e contrarreferência com os municípios [...] quando a mãe vai, ela é orientada que, todas as vezes, ela tem que ir com a carteirinha [...] Inclusive, dentro da carteirinha tem uma evolução de alta. (E1)

Temos um formulário que é preenchido na alta, quem preenche é o técnico de enfermagem que é quem faz a alta desse paciente. A parte médica faz o relatório de alta, nos relatórios dele de alta, vai escrever tudo que aconteceu com esse bebê, o qual vai ser grampeado na carteirinha, e a mãe vai levar para esse médico, que vai fazer o seguimento na Atenção Primária [...]. (E2)

[...] o médico faz um relatório [...] um relatório de alta e encaminha. (E7)

O itinerário terapêutico do prematuro é um sistema complexo que se inicia no hospital, estendendo-se até a APS, que assume a continuidade do cuidado. Esse processo deve ser facilitado para que não ocorra a fragmentação do cuidado, podendo ser assegurado quando a comunicação entre os diferentes níveis de assistência ocorre de maneira eficaz. Contudo, a responsabilidade muitas vezes recai sobre os pais, evidenciando a necessidade de aprimorar os mecanismos envolvidos.

Comunicação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde no itinerário terapêutico do prematuro

Ao nascer prematuramente, na maioria dos casos, há a necessidade de internação em UTIN ou Neonatologia Clínica. Quando a internação ocorre, o hospital emite uma planilha de nascimentos diários e encaminha, por e-mail, às UBS do mesmo município, um documento com informações do nome da mãe, IG, bairro de residência e, ocasionalmente, se houve necessidade de internação.

Contudo, esse encaminhamento não é realizado aos demais municípios da região. Ainda, percebeu-se que esses dados nem sempre são contemplados em sua totalidade. As informações poucas vezes são repassadas para todas as UBS, não há uma padronização.

Recebemos toda semana, quase que diariamente, a informação dos nascidos vivos [...] nome da mãe, data que nasceu, bairro que mora e se está na UTI Neo. (E3)

A gente recebe o comunicado via um doc do nascimento da criança, eu vou conseguir identificar que era prematuro ou não, ou se eu lembro o nome dela, ou se eu for olhar no prontuário [...] existe a comunicação do nascimento em si, mas não das especificidades, se é prematuro, se está na UTI. Acaba descobrindo, às vezes, com a informação da agente comunitária, ou os usuários vêm fazer contato. (E5)

Geralmente, tem um retorno por um doc [...] todos os RNs que nascem, a gente recebe quem ficou na UTI ou internado na UTI Neo. (E6)

Com relação aos municípios vizinhos para os quais o hospital é referência para internação neonatal, não há comunicação. Os profissionais só vão ter conhecimento sobre o nascimento por meio dos populares, ou quando um prematuro precisar de transporte para retornar ao seu município, na alta hospitalar.

O contato ocorre quando a gente precisar ir buscar. Que aí, como é um município pequeno, é a Secretaria que faz o transporte. [...] daí, a gente fica sabendo que o bebê nasceu e que o bebê nasceu prematuro, e que precisou ficar na UTI. (E10)

Na verdade, não, infelizmente, da parte do hospital não: o que acontece é que, como nosso município é pequeno, os nossos motoristas geralmente levam, eles que acabam nos trazendo as informações. (E11)

A comunicação entre os setores hospitalares ocorre via ligação telefônica, de maneira sucinta e não padronizada, sem informações detalhadas a respeito do histórico clínico do prematuro e a julgar pela avaliação de cada profissional. Observou-se que os dados focam no quadro clínico do momento da transferência, ignorando complicações e intervenções realizadas durante a internação.

Quando se trata de transferências hospitalares, elas devem ser reguladas pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) dos hospitais. Porém, antes da devida solicitação ao núcleo, existe uma comunicação por via telefônica entre profissionais médicos para relatar o quadro atual do RN e a possibilidade do leito, conforme informações:

A gente liga [...] nasceu tal dia, passa o plantão por telefone [...] solicitação de leito; muitas vezes, o médico tem que conversar de médico para médico. (E1)

A parte médica geralmente liga e diz que precisa de um leito. A gente organiza nosso leito, colega enfermeiro passa o plantão para o setor de qual as condições clínicas dessa criança e qual as necessidades que precisa estar pronta de materiais, organiza toda a transferência daqui. A gente liga para o hospital falar com o nosso colega enfermeiro de lá, passa o quadro clínico da parte da enfermagem deste paciente, e solicita o transporte dela [...] o Núcleo Interno de Regulação (NIR). Aí, conversar com o NIR do outro hospital, vai ver a disponibilidade de leitos e vai nos repassar que tem leito para esta transferência. (E2)

Não, não vem documento escrito?! É via telefone [...] O núcleo interno de regulação do hospital, esse seria o fluxo e, claro, o médico de lá liga para o médico daqui: "olha! Tem uma criança assim, assim, assim, vocês têm leito? (E7)

Quando os prematuros recebem alta hospitalar e chegam às suas residências, a responsabilidade da continuidade do cuidado é da APS, que deve prestar cuidados seguindo o calendário de consultas de puericultura, realizadas por médicos e enfermeiros. A pesquisa revelou que (no momento da coleta de dados) somente um município possuía um calendário de consultas de puericultura definido, realizado de forma intercalada entre os profissionais de saúde, porém prevalecendo o acompanhamento com médico pediatra.

Aquela primeira consulta na primeira semana passou a ser feita; pelo menos no papel, deveria ser feita pelo pediatra. A gente não tem o pediatra [...] o enfermeiro vai acabar vendo a criança aos 2 meses e depois [...] lá com 5, 6 meses. Eu acho que é um período assim que se houve uma perda desse seguimento na enfermagem [...] tudo isso porque é um fluxo que eles ficam "pipocando". (E4)

[...] a gente tem essa insegurança quanto à puericultura do RN, porque a gente atende o RN com 2 meses e depois vai atender ele lá com 15 meses. Então, a gente passa um longo tempo sem ver essa criança [...]. (E6)

Hoje, ele vem direto para o agendamento com o pediatra de 7 a 10 dias e depois uma reavaliação em 10 dias, não tem passado pelo enfermeiro. (E5)

No que se refere ao seguimento prescrito pelo pediatra, os profissionais da APS de um município não têm acesso a essas informações via sistema, e não ocorre a passagem dessas informações pelos profissionais. Assim, o cuidado fica fragmentado, depositando a responsabilidade do processo, muitas vezes, no papel do cuidador.

Observou-se que a maioria dos municípios não possui um calendário de consultas de puericultura definido e/ou padronizado. Há modificações e adequações

frequentes, conforme as demandas dos profissionais da UBS e de acordo com a procura da própria família, prevalecendo também o acompanhamento pelo médico.

Porque a puericultura, infelizmente, a enfermeira não faz. Até pela demanda, a gente não tem ainda uma organização nesse sentido, de fazer puericultura, e a gente acaba passando “pra” médica; e, conforme a demanda da criança, ela determina em quanto tempo essa criança vai retornar. (E11)

Encaixa a consulta de puerpério e do recém-nascido [...] essa primeira avaliação com a enfermeira na unidade de saúde, depois, a sequência da puericultura, quem faz é a pediatra, “que” a gente tem uma pediatra que atende lá no município. (E10)

Percebeu-se uma certa insegurança das enfermeiras em relação aos atendimentos prestados aos prematuros durante as consultas de puericultura. Esse sentimento é resultante da inexperiência e da baixa frequência de consultas realizadas, desencadeadas pela rotina das consultas de puericultura, quando a criança será atendida pela enfermeira em poucos momentos de todo esse percurso.

[...] a maior dificuldade é a realização do exame físico de uma criança normal. Então, quem dirá de um recém-nascido prematuro. (E3)

[...] tem ainda uma resistência quanto aos profissionais, tanto de enfermagem quanto médico, para fazer atendimento de recém-nascido [...] Mesmo um recém-nascido a termo já gera bastante dificuldade no atendimento. O profissional não se nega a atender, qualquer alteração que tiver num exame físico, ele já fica [...] já sente que não está preparado para dar seguimento. (E4)

[...] mas, em relação à consulta do enfermeiro, te digo assim: “que, às vezes, eu sinto um pouco de insegurança em relação a isso [...] eu não tenho segurança o suficiente como eu tenho para fazer um pré-natal, como eu tenho para fazer outras coisas que “está” mais no hábito da gente fazer. (E6)

A análise das entrevistas revelou que, por mais que o itinerário terapêutico do prematuro dentro da RAS seja bem definido, o percurso mostra-se complexo e, por vezes, fragmentado. Desde o nascimento, geralmente ocorrido no hospital, com internação em UTIN, ou Unidade de Cuidados Intermediários, até a alta e a transferência de cuidados para a APS, há uma série de etapas que requerem a comunicação eficaz entre os diferentes níveis de atenção. A comunicação entre os serviços é, muitas vezes, falha e não padronizada, com uma transferência de informações que depende da iniciativa dos cuidadores. Assim, a falta de calendário de consultas de puericultura definido e a insegurança dos profissionais da APS quanto ao atendimento dos prematuros contribuem para a fragmentação do cuidado.

Discussão

Concomitante com a prematuridade, a internação em unidades de cuidados neonatais é uma experiência desafiadora, pois altera a dinâmica familiar, sendo a perspectiva da internação acompanhada por muitos sentimentos dolorosos. O ambiente da UTIN, embora voltado para os cuidados intensivos com o objetivo de melhorar as condições do prematuro, aumenta o nível de estresse neonatal, pois é um local que possui intensa estimulação sensorial. Portanto, alguns agravos a curto e a longo prazo podem advir da permanência em UTIN, podendo assim comprometerem o crescimento e o desenvolvimento pelo fato de que os prematuros possuem os receptores sensoriais extremamente sensíveis.^{7,24}

Os prematuros egressos de hospitalizações possuem uma carga de percepções associada à fragilidade e à imaturidade, o que pode gerar medo e insegurança no profissional que irá prestar os cuidados. É sabido que esse público demanda cuidados especializados, porém, ele vai ter, em algum momento, as mesmas necessidades básicas de atendimento que qualquer outra criança. Logo, é importante que o prematuro siga com os atendimentos especializados, mas também receba o atendimento e cuidados de rotina da APS.²⁵

As condições associadas ao prematuro dificultam o cuidado dos profissionais na APS, pois, muitas vezes, o atendimento e o acompanhamento desse prematuro quase que predominantemente ocorrem em nível hospitalar.²⁵

Após a alta hospitalar, ainda existe um risco acentuado de morbimortalidade, pois os prematuros possuem um quadro clínico imprevisível e serão acompanhados pelos pais, que, na maioria das vezes, não possuem preparo para lidar com a situação. O índice de sobrevivência de um prematuro depende de vários fatores, com base em sua vulnerabilidade, despertando a necessidade de avaliação e acompanhamento mais precisos a longo prazo. Nesse sentido, salienta-se que o enfermeiro tem competência e embasamento técnico científico para atuar e moldar planos de intervenção a fim de contribuir para a sobrevivência e a qualidade de vida dessas crianças.^{6,26}

Os resultados revelam que o itinerário terapêutico do prematuro na RAS está delineado e que o trajeto é determinado pelas suas condições e necessidades clínicas,

as quais são gerenciadas, majoritariamente, pelo médico. Na efetivação da consulta pelo enfermeiro em puericultura, verifica-se um atraso no contato com a criança e a família em razão do calendário de consultas de puericultura dos municípios, bem como devido à insegurança retratada pela baixa frequência de sua realização.

No contexto da APS, a consulta realizada pelo enfermeiro em puericultura facilita ao profissional a identificação precoce dos agravos que possam interferir no processo saúde-doença, bem como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dentro do contexto familiar, cultural e comunitário em que está inserido.⁹

Além disso, nota-se uma fragmentação das informações e da comunicação entre os profissionais devido às fragilidades do sistema de informação, o que acaba, por vezes, depositando a responsabilidade do processo no papel dos familiares, responsáveis e cuidadores domiciliares. Os enfermeiros desempenham ainda um papel incipiente, onde as fragilidades existentes em relação à atenção integral à criança podem deixá-los em uma posição de distanciamento maior do que é preconizado para a efetividade da continuidade do cuidado redutor de danos para o crescimento e o desenvolvimento saudável.⁶

Outro resultado deste estudo revela o déficit na articulação entre os pontos da RAS e a falta de comunicação padronizada entre os profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros. A articulação dos pontos da RAS ainda detém uma fragilidade entre o nível primário e o terciário no que se refere à prematuridade, que é, predominantemente, associada ao nível hospitalar.^{6,27} A comunicação com os profissionais de saúde constitui uma competência, de forma que possibilite a construção coletiva do cuidado e, em contrapartida, evite a sua fragmentação. Quando não padronizadas, as informações promovem um atendimento solitário e isolado, dificultando a potencialização e a continuidade do cuidado.²⁶⁻²⁷

Ao analisar a efetividade da comunicação entre os serviços, salienta-se a sua relação com a peregrinação excessiva e desnecessária pela RAS, em que os familiares perpassam por diferentes serviços em busca de resolutividade. Por vezes, o caminho percorrido esbarra em vários obstáculos, dentre eles o reencaminhamento, comumente, aos locais onde acontecem esses serviços, em busca de assistência e recursos para suprir as demandas.¹⁴

Os resultados deste estudo descreve o itinerário terapêutico do prematuro na RAS, bem como particularidades envolvidas nesse processo, e destacaram contribuições para fortalecer o papel do enfermeiro no crescimento e desenvolvimento saudável dos prematuros. Destaca-se a participação ativa e decisiva do enfermeiro durante o processo de desospitalização, com uma comunicação efetiva com os profissionais dos outros pontos da RAS. Essa colaboração possibilita a abordagem integrada das necessidades biopsicossociais dos prematuros, permitindo a detecção precoce e a resolução ágil de intercorrências, o que não só promove a saúde, mas também previne agravos futuros de forma eficaz.

Os resultados desta pesquisa revelam particularidades do local estudado, não sendo possível a comparação com outras realidades e outras regiões do estado, constituindo uma limitação. Outrossim, os resultados são semelhantes aos de diversas pesquisas realizadas, confirmando os achados e corroborando com a importância de estudos mais abrangentes.

Conclusão

O itinerário terapêutico do prematuro na RAS da região investigada é delineado conforme as necessidades e condições de saúde de cada um, iniciando no nascimento, que, na maioria dos casos, ocorre no hospital. Conforme evolução e complexidade de cuidados, o prematuro poderá precisar dos cuidados da UTIN, da Unidade de Cuidados Intermediários e da Unidade Pediátrica. Ao obter condições de alta hospitalar, os cuidados são continuados pela APS do território de residência da família, com a possibilidade de encaminhamento para cuidados especializados. Nota-se que o itinerário terapêutico do prematuro é um processo multifacetado, que demanda dos profissionais uma abordagem integrada e colaborativa entre os diferentes níveis da RAS, tendo como um facilitador a comunicação eficaz e contínua.

Verificou-se que a comunicação entre os diferentes níveis da RAS é frágil, mantendo algumas informações detidas sob o conhecimento de apenas alguns profissionais, associada ao trabalho solitário e fragmentado, sustentada pelo sistema de informação adotado.

Enfatizam-se a falta de comunicação formal e padronizada entre os profissionais e a desarticulação entre o sistema de registro dos atendimentos prestados pelos diversos pontos e serviços da RAS. Em consequência de todo esse panorama, a peregrinação do prematuro e de sua família diante dos encaminhamentos e do desencontro de informações é uma realidade.

Neste contexto, o enfermeiro possui uma importante atuação no gerenciamento e direcionamento dos cuidados de enfermagem, contribuindo para um itinerário terapêutico adequado, melhoria da assistência prestada e comunicação efetiva entre os profissionais, além de proporcionar segurança ao RN prematuro, estreitando vínculos, promovendo a autonomia dos familiares e, sobretudo, garantindo a continuidade do cuidado do prematuro, resultando na redução da morbimortalidade infantil.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, United Nations Children's Fund (UNICEF). United Nations Population Fund. Born too soon: decade of action on preterm birth [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 13]. ISBN 9789240073890. Available from:<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367620/9789240073890eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Rocha AS, Falcão IR, Teixeira CSS, Alves FJO, Ferreira AJF, Silva NJ, et al. Determinants of preterm birth: proposal for a hierarchical theoretical model. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(8):3139-52. doi: 10.1590/1413-81232022278.03232022EN.
3. Alberton M, Rosa VM, Iser BPM. Prevalência e tendência temporal da prematuridade no Brasil antes e durante a pandemia de covid-19: análise da série histórica 2011 - 2021. *Epidemiol Serv Saúde*. 2023;32(2):e2022603. doi: 10.1590/S2237-96222023000200005.
4. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Informações em Saúde TABNET. Nascidos vivos [Internet]. 2023 [acesso em 2024 fev 10]. Disponível em: <http://200.19.223.105/cgi-bin/dh?sinasc/def/sinasc.def>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido. Método Canguru: diretrizes do cuidado [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2023 dez 13]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/metodo_canguru_diretrizes_cuidado2018.pdf.
6. Carvalho NAR, Santos JDM, Sales IMM, Araújo AAC, Sousa AS, Morais FF, et al. A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02503. doi: 10.37689/acta-ape/2021AR02503.
7. Nascimento ACST, Morais AC, Souza SL, Whitaker MCO. Percepção da prematuridade por familiares na unidade neonatal: estudo transcultural. *Rev Cuid*. 2022;13(1):e1043. doi: 10.15649/cuidarte.1043.

8. Fernandes JS, Duca AP, Cemin J, Mucha F. Levantamento dos indicadores de risco para o desenvolvimento infantil em um programa de Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva fonoaudiológica. *Distúrbios Comun.* 2022;34(3):e53847. doi: 10.23925/2176-2724.2022v34i3e53847.
9. Siega CK, Adamy EK, Toso BRGO, Zocche DAA, Zanatta EA. Vivências e significados da Consulta do Enfermeiro em puericultura: análise à luz de Wanda Horta. *Rev Enferm UFSM.* 2020;10:e65. doi: 10.5902/2179769241597.
10. Aguiar JRV, Dornelles C, Prado ARA, Prado FM, Barros FCLF, Arrieira RO. Evaluación de las hospitalizaciones de recién nacidos en una UCI Neonatal durante una pandemia. *Rev Uruguaya Enferm.* 2022;17(2):e2022v17n2a7. doi: 10.33517/rue2022v17n2a7.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
12. Muhl C. O itinerário terapêutico da pessoa com transtorno mental: pontos de inflexão. *Rev Nufen [Internet].* 2020 [acesso em 2023 dez 13];12(3):198-216. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v12n3/a13.pdf>.
13. Rodriguez JM, Cabeça LPF, Melo LL. Therapeutic itinerary of families: of children with chronic diseases. *Physis.* 2021;31(4):e310416. doi:10.1590/S0103-73312021310416.
14. Lima HF, Oliveira DC, Bertoldo CS, Neves ET. (Des)constituição da rede de atenção à saúde de crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde. *Rev Enferm UFSM.* 2021;11:e40. doi: 10.5902/2179769248104.
15. Pérez-Montoro M, Antônio Cirino J. Gestión de la información y de la comunicación en salud: intersecciones e interrelaciones entre los dos campos. *RECIIS Rev Eletrônica Comun Inf Inov Saúde.* 2023;17(14). doi: 10.29397/reciis.v17i1.3585.
16. Gao Q, Zhang B, Zhou Q, Cuiyao L, Wei Xiafei, Yaojiang R. The impact of provider-patient communication skills on primary healthcare quality and patient satisfaction in rural China: insights from a standardized patient study. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):579. doi: 10.1186/s12913-024-11020-0.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2022 [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2022 [acesso em 2024 jan 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>.
18. Souza VR, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e a avaliação do guia COREQ, *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. doi: 10.37689/actape/2021AO02631.
19. Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Revista de Ciência Empresariais da UNIPAR [Internet].* 2021 [acesso em 2023 dez 13];22(1):105-17. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/empresarial/article/view/8346/4111>.
20. Gil AC. Como fazer pesquisa qualitativa. São paulo: Atlas; 2021. ISBN 9786559770472.
21. Gil AC. Como fazer pesquisa qualitativa. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2009. Entrevista; p. 123-145.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016. ISBN 978-85-62938-04-7.
23. Moreira H. Critérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa. *Rev Bras Ensino Ciênc Tecnol.* 2018;11(1):405-24. doi: 10.3895/rbect.v11n1.6977.

24. Pacheco RN, Machado MED, Silva LR, Paiva ED, Silveira ALD, Santos LM. Nível de ruídos na unidade neonatal. Rev Enferm UERJ. 2023;31e:71347. doi: 10.12957/reuerj.2023.71347.
25. Tanaka MC, Bernardino FBS, Braga PP, Alencastro LCS, Gaíva MAM, Viera CS. Fragilidades para a continuidade do cuidado ao pré-termo egresso da unidade neonatal. Rev Esc Enferm USP. 2024;58:e2023228. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0228pt.
26. 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;23:e-1168. doi: 10.5935/1415-2762.20190016.
27. Jantsch LB, Alves TF, Arrué AM, Toso BRGO, Neves ET. Health care network (dis)articulation in late and moderate prematurity. Rev Bras Enferm. 2021;74(5):e20200524. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0524.

Fomento / Agradecimento: A Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e ao Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, pelo financiamento da pesquisa através do edital Nº 8/2021 acordo CAPES/COFEN. A Fundação de Amparo a Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina – FAPESC, pelo apoio a infraestrutura para grupos de pesquisa da UDESC através do edital Nº 48/2022.

Contribuições de autoria

1 – Danieli Parisotto

Autor Correspondente

Enfermeira, Mestre – danieliparisotto@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

2 – Ketlyn Scheffer Adolfo

Enfermeira – ketlyn.scheffer2000@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

3 – Emily Cristina Getelina

Enfermeira – emilygetelina2@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

4 – Elisangela Argenta Zanatta

Enfermeira, Doutora – elisangela.zanatta@udesc.br

Revisão e aprovação da versão final

5 – Silvana dos Santos Zantelli

Enfermeira, Doutora – silvana.zantelli@udesc.br

Revisão e aprovação da versão final

Editor-Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editor-Científico: Eliane Tatsch Neves

Como citar este artigo

Parisotto D, Adolfo KS, Getelina EC, Zanatta EA, Zanotelli SS. Therapeutic itinerary of premature newborns and communication in the Health Care Network. Rev. Enferm. UFSM. 2024 [Access at: Year Month Day]; vol.14, e23:1-18. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769287476>