Daniela Cardilli Dias

**Caracterização das articulações na rede de cuidado à saúde do bebê de alto
risco e suas fragilidades**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Regina

Molini-Avejonas

São Paulo

2019

Daniela Cardilli Dias

**Caracterização das articulações na rede de cuidado à saúde do bebê de alto
risco e suas fragilidades**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Regina

Molini-Avejonas

São Paulo

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Dias, Daniela Cardilli
Caracterização das articulações na rede de
cuidado à saúde do bebê de alto risco e suas
fragilidades / Daniela Cardilli Dias. -- São Paulo,
2019.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação.
Orientadora: Daniela Regina Molini-Avejonas.

Descritores: 1.Saúde materno-infantil 2.Saúde da
criança 3.Serviços de saúde 4.Saúde coletiva
5.Assistência à saúde 6.Bebê de alto risco

USP/FM/DBD-118/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida, pela oportunidade, pela minha saúde e pela minha fé, que tanto me ancora e alimenta.

À Profa. Dra. Daniela Regina Molini-Avejonas pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta dissertação de mestrado. Eu posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem o seu direcionamento. Gratidão.

Também a todos os professores que me acompanharam durante a graduação, em especial Profa. Ana Paula Lefèvre Machado, Profa. Dra Alessandra Samelli, Profa. Dra Eliana De Martino e Profa. Dra. Andrea Wander Bonamigo.

À Profa. Dra. Wania Regina Veiga Martines, por seus ensinamentos e confiança ao longo das minhas atividades na especialização. Foi um prazer tê-la primeiramente como orientadora e depois como membro da banca examinadora.

As Profa. Dra. Fernanda Dreux e Profa. Dra. Ana Claudia Germani, com as quais partilhei o broto daquilo que veio a ser esse trabalho. Obrigada pela composição na banca examinadora desde o princípio.

À equipe da biblioteca central da FMUSP pela colaboração e incentivo.

Ao curso de graduação em Fonoaudiologia/FMUSP e às pessoas com quem convivi nesses espaços ao longo desses anos. Foi uma experiência ímpar para minha formação acadêmica.

A todos os profissionais que se dispuseram a compor esta pesquisa.

Em especial aos bebês e seus pais que me permitiram adentrar sua história para um bem maior. Muito obrigada.

A toda minha família, pelas orações, torcida e por vocês acreditarem em mim.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro melhoram tudo o que tenho produzido na vida.

À minha querida amiga e irmã Bárbara Pudles, pelo apoio, ajuda e carinho, meu muito obrigado.

À equipe Aquarela dos Sonhos, pela compreensão, suporte, apoio e dedicação à nossa família, em especial à Valentina e à Antonela durante todo o processo.

À família TUIF, pois foi nesse meio que aprendi o valor da minha fé e também a refletir e nunca encarar a realidade como estando pronta.

À amiga Lucimara Ferreira, pelo incentivo, orações e apoio constante nesta jornada.

À minha Mãe, Cleide Araujo Cardilli. Seu cuidado e incentivo me trouxeram esperança para seguir em frente em muitos momentos.

Ao meu Pai, Mario Nelson Cardilli, sua presença, mesmo que não mais física, significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada aqui em Terra.

Ao Hugo, pessoa com quem amo partilhar a vida. Com você me sinto viva de verdade, e em ascensão espiritual. Obrigado por todo seu amor, carinho, aprendizado e por sua capacidade de me trazer paz.

As minhas filhas Valentina e Antonela, duas preciosidades, meus melhores e maiores presentes.

Agradeço ainda a todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos a mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

Agradeço ao mundo por mudar as coisas, por nunca fazê-las serem da mesma forma, pois se assim fosse, não existiriam objetos de pesquisa ou descobertas. Graças a essa mudança constante consegui concluir o meu projeto.

Agradeço o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

Essa dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação: Referências: Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP.

Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT) / Sistema Integrado de Bibliotecas da USP: Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, et al. 3ed. rev. ampl. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, 2016.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	4
LISTA DE ABREVIATURAS	10
LISTA DE TABELAS.....	13
RESUMO.....	15
ABSTRACT	17
Apresentação	19
1. REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2. JUSTIFICATIVA.....	28
3. OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4. MÉTODOS	30
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1 Mapeamento da Rede	35
5.2 Caracterização da Amostra	36
5.3 Início do Fluxo/Período Pré-Natal.....	40
5.4 Meio do Fluxo/Período Neonatal	44
5.5 Fim do Fluxo/Período Pós-Natal.....	49
5.6 Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco.....	56
5.7 Associação entre as Variáveis do Grupo Profissional e as Respostas Quanto as Redes de Cuidados do Bebê de Alto Risco (Grupo Profissional).....	61
5.8 Associação entre as Variáveis do Grupo Usuários e as Respostas Quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco	77
5.9 Teste de Concordância entre os Grupos da Pesquisa - Início do Fluxo/Período Pré-Natal	82
5.10 Teste de Concordância entre os Grupos da Pesquisa – Meio do Fluxo/Período Neonatal.....	83
5.11 Teste de Concordância entre os Grupos da Pesquisa – Fim do Fluxo/Período Pós-Natal	85
5.12 Teste de Concordância entre os Grupos da Pesquisa – Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco	87
6. Considerações Finais	88
REFERÊNCIAS	90
Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP	96

Anexo B - Questionário (Versão Profissional)	99
Anexo C - Questionário (Versão Usuário)	106
Anexo D - Questionário Socioeconômico do Critério Padrão de Classificação Econômica – Brasil/2015.....	112
Anexo E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Versão profissional).....	118
Anexo F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Versão Usuário)	120

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
A/E	Ambulatório de Especialidades
AMB ESPEC	Ambulatório de Especialidades
AIS	Articulação Intrasetorial
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMA E	Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades
ABEP	Associação Brasileira de Pesquisa
AACD	Associação de Apoio a Criança Deficiente
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
ABS	Atenção Básica em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ASS	Atenção Secundária em Saúde
ATS	Atenção Terciária em Saúde
BPN	Baixo peso ao nascer
CAPS ADULTO	Centro de Atenção Psicossocial Adulto
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CR DST/AIDS	Centro de Referência em DST/AIDS
CRST	Centro de Referência Saúde do Trabalhador
CTA DST/AIDS	Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CIAM	Centro Israelita de Apoio Multidisciplinar

EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Equipe de Saúde da Família
G.P.	Grupo de Profissionais
G.U.	Grupo de Usuários
HC	Hospital das Clínicas
Sara	Hospital Mario Degni
HM	Hospital Municipal
HU	Hospital Universitário
IG	Idade Gestacional
NQR	Não Quis Referir
NSR	Não Soube Referir
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
NISA	Núcleo Integrado de Saúde Auditiva
PIN	Peso insuficiente ao nascer
PNR	Pré-natal de alto risco
PNUBS	Pré-natal na Unidade Básica de Saúde
PSSI	Primeira Semana de Saúde Integral
PA	Pronto Atendimento
PSM	Pronto Socorro Municipal
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RC	Rede de Cuidados
SAE DST/AIDS	Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

URSI

Unidade de Referência à Saúde do Idoso

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis referentes à caracterização da amostra.....	36
Tabela 2 - Avaliação das respostas entre os grupos profissional e usuário no início do fluxo/período pré-natal	41
Tabela 3 - Avaliação das respostas entre os grupos profissional e usuário no meio do fluxo/período neonatal	45
Tabela 4 - Avaliação das respostas entre os grupos profissional e usuário no fim do fluxo período pós-natal.....	50
Tabela 5 - Avaliação das respostas entre os grupos profissional e usuário quanto à Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco	57
Tabela 6 - Avaliação da associação entre a categoria profissional e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional.....	62
Tabela 7 - Avaliação da associação entre o nível socioeconômico e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional.....	64
Tabela 8 - Avaliação da associação entre a variável ter pós-graduação e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional	66
Tabela 9 - Avaliação da associação entre a variável tempo de pós-graduação e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional	68
Tabela 10 - Avaliação da associação entre a variável tempo de formação e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional	70
Tabela 11 - Avaliação da associação entre a variável tempo de atuação no SUS e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional	72
Tabela 12 - Avaliação da associação entre a variável tempo de atuação no equipamento e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional	74
Tabela 13 - Avaliação da associação entre a variável escolaridade materna e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo usuário	77
Tabela 14 - Avaliação da associação entre a variável nível socioeconômico e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo usuário	79
Tabela 15 - Teste de concordância entre os grupos profissional e usuários quanto às respostas das perguntas do início fluxo/período pré-natal	82
Tabela 16 - Teste de concordância entre os grupos profissional e usuários quanto às respostas das perguntas do meio do fluxo período neonatal	84
Tabela 17 - Teste de concordância entre os grupos profissional e usuários quanto às respostas das perguntas do fim do fluxo período pós-natal	85

Tabela 18 - Teste de concordância entre os grupos profissional e usuários quanto às respostas das perguntas de Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco 87

RESUMO

Dias DC. *Caracterização das articulações na rede de cuidado à saúde do bebê de alto risco e suas fragilidades* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

As ações de saúde nos três níveis de atenção favorecem a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil e, conseqüentemente, a detecção precoce de doenças e a redução de óbitos, e sabe-se que se as mesmas não forem implementadas e se não estiverem devidamente articuladas poderão desencadear danos a essa população. Dentro deste cenário, o presente estudo teve por objetivo principal caracterizar a atenção à saúde ao Bebê de alto risco, buscando mapear o fluxo dos cuidados em saúde na Rede para essa população e demonstrando os aspectos positivos e negativos do cuidado em saúde. Para que os objetivos fossem alcançados, foram selecionados aleatoriamente 22 bebês de Alto Risco, por meio de busca ativa nas Declarações de Nascidos Vivos da Supervisão Técnica de Saúde da região estudada. Após, foram agendadas reuniões com as Equipes de saúde de família de referência destes sujeitos para que o questionário baseado no PCA-Tool fosse aplicado. Posteriormente, as famílias foram contatadas para que também fosse aplicado tal instrumento. As potencialidades e as fragilidades da Rede de Cuidado ao Bebê de Alto Risco foram discutidas tanto no âmbito profissional quanto no âmbito familiar. Os dados foram analisados por meio de análise quantitativa. A mesma foi direcionada às comparações entre a percepção do grupo usuários e do grupo profissionais. Nos resultados deste estudo pode-se observar algumas variáveis que tiveram significância estatística, especialmente o vínculo com a UBS, o conhecimento dos indivíduos sobre a equipe NASF, a ciência das Equipes de Saúde da Família quanto ao diagnóstico de gravidez de risco e adesão ao pré natal, via de

comunicação do nascimento dos indivíduos, a ciência quanto a necessidade de internação hospitalar, bem como sua duração, além do conhecimento sobre acompanhamento na ASS e o desfecho do mesmo, apontando para uma dificuldade no eixo da coordenação e longitudinalidade dos serviços prestados na Rede de cuidados do bebê de alto risco na região oeste do município de São Paulo.

Descritores: Saúde Materno-Infantil; Saúde da criança; Serviços de saúde; Saúde Coletiva; Assistência à Saúde; Bebê de alto risco.

ABSTRACT

Dias DC. *Characterization of the high-risk infant's health care network* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2019.

Health actions at the three levels of care favor the quality improvement of maternal and child care and, consequently, the early detection of diseases and the cutback on deaths. It is known that if they are not implemented and if they are not properly articulated, this population can be harmed. Within this scenario, the main objective of this study was to characterize health care for the high-risk infant, seeking to map the flow of health care in the public network for this population by demonstrating the positive and negative aspects of health care. In order to achieve the objectives, twenty-two high-risk infants were randomly selected through an active search in the Declarations of Live Births of the Health Technical Supervision of the studied region. Afterwards, meetings were scheduled with the reference family health teams of these subjects for the PCA-Tool-based questionnaire to be applied. Later on, the families were contacted for such instrument to be applied. The potentialities and weaknesses of the High-Risk Infant Care Network were discussed in both the professional and family contexts. Data were analyzed by means of quantitative analysis. The same was directed to the comparisons between the perception of the group users and the professional group. In the results of this study, some variables that had statistical significance are noteworthy, especially regarding the link to the UBS, the individuals' knowledge about the NASF team, the Science of the Family Health Teams regarding the diagnosis of the high-risk pregnancy and adherence to the prenatal, communication path of the birth of the individuals, the awareness regarding the need for hospitalization, as well as its duration, in addition to the knowledge about the follow-up in the SSA and its outcome, pointing to a difficulty in the coordination axis

and long service quality provided in the high-risk infant care network in the western region of the municipality of São Paulo.

Descriptors: Maternal and Child Health; Child Health; Health Services; Public Health; Health Care; High-Risk Infant.

Apresentação

Minha graduação em Fonoaudiologia ocorreu em 2003, pela Universidade Guarulhos-UNG, na qual fui apresentada à saúde pública pelas mãos da Profa. Dra. Andrea Wander Bonamigo.

Após distintas atuações, em 2009 iniciei o trabalho como fonoaudióloga da Equipe NASF, pela Associação Comunitária Monte Azul, local no qual permaneci até o ano de 2012. Nesse mesmo período, meu interesse pela área foi intensificado e me especializei em Saúde Pública com ênfase na Estratégia de Saúde da família, pelo Centro Universitário São Camilo.

Neste momento tive a oportunidade de conhecer a Profa. Dra. Wania Regina Veiga Martines e de tê-la como orientadora quando me debrucei na temática dos “Fatores Contribuintes para o Desmame Precoce do Aleitamento Materno”, já por me encontrar apaixonada pelo trabalho desenvolvido na APS junto as Equipes de ESF para os bebês e para seus respectivos núcleos familiares. Ao finalizar a especialização, pude compor a Equipe NASF, então pertencente à Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na qual permaneci até 2017.

Neste período, realizei a preceptoría pelo Programa de Educação Tutorial PET- Rede Cegonha também pela FFM/USP durante os anos de 2013 a 2015, pelo qual tive a honra de conhecer a Profa. Daniela Regina Molini-Avejonas. Então no ano de 2016, expressei à Profa. o desejo de me empenhar na população de bebês de alto risco no âmbito da saúde pública, pelos anseios, questionamentos e vitórias vivenciadas por mim ao longo desses anos, atuando pela Equipe NASF como interlocutora em ações intra e intersetoriais voltadas a esse público, assim como na atuação no Programa PET Redes do Ministério da Saúde.

Diante do exposto, surge o projeto de pesquisa a “Caracterização da Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco e suas fragilidades” apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pelo Programa Ciências da Reabilitação para obtenção do título de Mestre.

1. REVISÃO DE LITERATURA

Durante muitos anos, mundialmente, crianças vêm sendo tratadas como adultos, sem nenhum olhar focado nos aspectos relacionados ao seu crescimento e desenvolvimento. A sociedade reduzia a infância ao intervalo mais frágil do ser humano, no qual o descendente ainda não se encontrava o suficientemente pronto para bastar-se; sendo assim a criança então, mal adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos, e partilhava de seus trabalhos e jogos. Ainda pequena, ela se transformava imediatamente em homem jovem, sem passar pelas devidas etapas de modo adequado, essencial ao pleno desenvolvimento infantil. Sendo assim, a infância não era percebida pela família e nem tampouco pelo Estado como uma etapa do ciclo vital, com necessidades singulares (ARIÈS, 1981).

A sociedade também se portava assim no Brasil. Durante todo o período colonial, aconteceram muitas atrocidades, que acarretaram por muitas vezes em precárias condições: nutricionais, de vestimentas, de alojamento, sanitárias e sociais que contribuíam para o processo de adoecimento, bem como para a transmissão de doenças, as quais por sua vez, repercutiram em altos índices de Mortalidade Infantil (MI), que se mantinham próximos a 70% (MARCÍLIO, 1998; RIBEIRO, 2006).

Apenas durante o século XVII, a criança vagarosamente passou a ocupar espaço no âmbito social, pois neste período a família inicia demonstrações de sentimentos e cuidado aos seus filhos (ARIÈS, 1981).

Lentamente os núcleos familiares começaram a internalizar e aprender que eles próprios deveriam ajudar a criança a se tornar um homem ou mulher. Sendo assim, esse núcleo passa a constituir um espaço de sobrevivência e evolução para as crianças, servindo de matriz para a constituição de um ser adulto. Portanto, tem-se a família como primeiro grupo social do qual a criança faz parte, capaz de promover um ambiente indispensável para a promoção da sobrevivência e proteção integral (KALOUSTIAN, 1994).

As políticas públicas de saúde da criança no Brasil se dão, portanto, como resultante de processos históricos, de manifestações, de protestos e de conquistas entre população e governantes (LOPEZ e MOREIRA, 2013)

Nos anos de 1930 e 1940, iniciaram-se ações de vigilância e educação para a mulher no período pré e pós-natais, denominados de Programas de Proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência, todos submetidos como propostas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr) (SILVA, 2006; BRASIL, 2011b).

Em 1953, ano no qual houve desagregação dos Ministérios da Saúde e da Educação, também se deu a destituição do DNCr pelo Ministério da Saúde em 1969, para no ano seguinte em 1970 haver a criação da Coordenação de Proteção Materno-Infantil, com a proposta de planejamento, orientação, coordenação, controle e fiscalização das ações de proteção à gestante, à criança e também ao adolescente (BRASIL, 2011b).

Ainda na década de 1970, com o objetivo de redução da morbimortalidade entre crianças e mães, implementou-se o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil. No entanto, este não se atentava à imensa diversidade regional que já era característica do nosso país, aplicando apenas ações centralizadoras e preventivas (SILVA, 2006; BRASIL, 2011b).

Um modelo médico assistencial vigorava nessa década, e tinha como base ações curativas, tendo sido construído por uma política social, compreendendo direitos sociais negociados como privilégios de certos grupos da população. Sendo assim, não beneficiava toda a população. Somente os trabalhadores contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) contribuíam com a Previdência Social e, portanto, tinham direito à assistência. Os demais que não se encontravam com registro formal deveriam pagar pela assistência ou ainda, se o Ministério da Saúde dispusesse de recursos, os Hospitais Universitários e os Governos Estaduais e Municipais poderiam fazer algum atendimento a essa população (BRASIL, 1998).

O sistema de saúde se dava de forma centralizada, diretamente de Brasília para demais Estados e Municípios, os quais não tinham participações nas decisões, formulações e avaliações dos mesmos. Igualmente, a participação popular nas decisões sobre a destinação e uso dos recursos financeiros era impossibilitada (BRASIL, 1998).

Em 1978, a Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata na Rússia explicitou a gravidade do quadro sanitário dos países em desenvolvimento

demonstrando a necessidade de mudança; oportunidade em que surgiram propostas de formas organizativas, tais como: descentralização, regionalização e a constituição de sistemas de referência e contrarreferência. E em 1979, com o 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde realizado em Brasília pelo Congresso Nacional, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) apresentou pela primeira vez um projeto denominado “SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE” sendo um sistema público, descentralizado, com universalização do direito à saúde, integrando ações preventivas e curativas e com participação democrática da população. Nesse contexto, a nova Constituição brasileira de 1988 aprovou os mais importantes princípios da Reforma Sanitária e finalmente, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1998).

Ainda nos anos 80, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o olhar para o cuidado integral da criança, pelo qual os serviços deveriam estar aptos a resolver todo e qualquer transtorno que interferisse na saúde materno-infantil (SILVA, 2006; BRASIL, 2011b).

No ano de 1984, ainda com o objetivo do cuidado integral, como também a fim de promover a saúde prioritariamente às crianças tidas como pertencentes a um grupo de alto risco, implantou-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (FRIAS *et al.*, 2008).

Entre as décadas de 80 e 90, a Constituição Federal de 1988, contribuiu não apenas para a saúde materno-infantil, como também para a saúde ofertada a toda população Brasileira, no que diz respeito ao modelo de saúde pública praticado. Assim como as Leis Orgânicas Municipais e as Leis Orgânicas Nº 8.080 e Nº 8.142 de 1990 (PEREZ e PASSONE, 2010).

Em 1990, outra lei que contribuiu para o cuidado da criança foi aprovada em 13 de julho deste mesmo ano, a Lei Nº 8.069, a qual dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (PEREZ e PASSONE, 2010).

Ainda no fim da década de 90, visando integrar e melhorar a qualidade da assistência pré e neonatal à gestante de alto risco constituiu-se o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco (COSTA *et al.*, 2010; BRASIL, 2011c).

Já no ano de 1991, buscando a organização e a regionalização da assistência perinatal, promovendo qualidade de saúde ao neonato, foi instituído o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP) despertando para a prática do alojamento conjunto e do aleitamento materno (COSTA *et al.*, 2010).

Além deste, no ano de 1991, foi colocado em prática o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo qual se deu a reorganização dos serviços de saúde. Quatro anos depois, em 1994, o MS implementou o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual se tornou uma estratégia de governo, denominada como Estratégia de Saúde da Família, que objetivava também, assim como o PACS, a reorganização dos serviços por meio da promoção da saúde e da participação comunitária (MENDES, 2012).

A Equipe de Saúde da Família (ESF) teve como objetivo a reestruturação da prática assistencial com novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, voltado para a cura de doenças e para o hospital. A atenção em saúde centralizou-se na família, possibilitando assim uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, bem como das reais necessidades de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2001).

Já em 1995, com o propósito de promover: a autonomia para o binômio mãe-bebê, a prática do parto humanizado, o aleitamento materno, a redução dos agravos bem como a diminuição dos índices de MI, o MS lançou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (BRASIL, 2011c).

Cinco anos depois, o MS lançou a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso, denominado Método Canguru, pela Portaria Ministerial Nº 693 de 05 de julho de 2000 (BRASIL, 2011a).

Neste mesmo ano, por meio da Portaria Nº 569 de 2000, criou-se o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, também com vistas ao cuidado diferenciado ao duo mãe-bebê de baixo e de alto risco (COSTA *et al.*, 2010).

Ainda destaca-se, em 2000, o compromisso internacional do Brasil, denominado Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), o qual apresentava como meta reduzir dois terços da MI até o ano de 2015 (BRASIL, 2012a).

No ano de 2004, o MS lança a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, dando ênfase ao cuidado integral à saúde da criança, por meio da articulação dos três níveis de atenção à saúde, primário (APS), secundário (ASS) e terciário (ATS) (SILVA *et al.*, 2009).

Já no ano 2008, corroborando com o trabalho realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das ESFs, a Rede Amamenta Brasil foi criada pelo MS a fim de promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno (BRASIL, 2008a).

Em 2009, ainda priorizando o cuidado integral ao neonato, às mães, mas também às crianças, o MS instituiu a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis mediante a Portaria Ministerial Nº 2.395 (BRASIL, 2009a).

No ano de 2011, o MS implementou a Rede Cegonha (BRASIL, 2011d) que caracteriza-se como sendo uma estratégia do MS que se dá pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelos princípios da humanização e da assistência, que garante à todas as mulheres o direito a:

- ✓ Qualidade e segurança ao planejamento reprodutivo,
- ✓ Atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério;
- ✓ Assim como garante às crianças o direito à atenção e cuidado integral desde o nascimento até os 24 meses de vida e o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Objetivando à implementação de um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança, por meio de uma rede de atenção que garanta o acesso, o acolhimento e a resolutividade, buscando dessa forma a redução das mortalidades materno-infantil (BRASIL, 2011d; BRASIL, 2011e).

A Rede Cegonha faz parte da política das Redes de Atenção à Saúde (RAS) lançada pela Portaria Ministerial Nº 4.279 ainda no ano de 2010, a qual visa à saúde da criança como prioridade no sistema público de saúde Brasileiro (BRASIL, 2010a).

As RAS configuram-se em desenhos institucionais que mesclam elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Contudo, esses fatores devem estar em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços, o modo de organizar as RAS define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Como por exemplo,

nos serviços de saúde, os quais se estruturam numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos no território de modo funcional e acessível (MENDES, 2011).

Outro conceito fundamental na construção das Redes de Atenção à Saúde diz respeito aos níveis de atenção à saúde, os quais se configuram por arranjos produtivos de acordo com as densidades tecnológicas peculiares, variando do nível de menor densidade, a Atenção Primária à Saúde (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, a Atenção Secundária à Saúde (ASS), até o de maior densidade tecnológica, a Atenção Terciária à Saúde (ATS). Sendo os pontos de ASS, nas microrregiões sanitárias, e os pontos de ATS, nas macrorregiões sanitárias (MENDES, 2011).

Desta forma, a RAS passa a promover uma melhor coordenação dos fluxos de referência e contrarreferência pelos equipamentos de saúde, bem como os instrumentos utilizados para tal e as informações derivadas deste cuidado aos usuários (BRASIL, 2010a).

Diante do apresentado, colocam-se em evidência que são denominados bebês de alto risco, pelo MS, aqueles que apresentam ao menos um dos critérios abaixo:

- ✓ Residência em área de alto risco;
- ✓ Baixo peso ao nascer, ou seja, menor que 2500g;
- ✓ Recém-nascido (RN) com menos de 37 semanas de idade gestacional;
- ✓ Asfixia grave, ou seja, apresentação de Apgar menor que 07 no 5º minuto de vida;
- ✓ Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade de assistência ao RN;
- ✓ Neonato de mãe menor de 18 anos;
- ✓ Neonato de mãe com baixa instrução, ou seja, com menos de 08 anos de estudo;
- ✓ Histórico de morte de crianças menores de 05 anos na família (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar que dentre os critérios denominados pelo MS para a classificação de neonatos de alto risco, em sua maioria não são unicausais, mas sim

multicausais, aparecendo, portanto de modo associado, não só a outros critérios ou fatores de alto risco, como também a outras inúmeras variáveis, as quais por sua vez influenciam na saúde da criança (BRASIL, 2004).

Sabe-se que a prematuridade e o baixo peso ao nascer (BPN), podem desencadear dificuldades no processo de aleitamento materno acarretando um maior risco nutricional, como também déficit de crescimento ao final do primeiro ano de vida da criança (MOTTA et al., 2005).

Da mesma forma, o peso insuficiente ao nascer (PIN) pode ocasionar múltiplos problemas de saúde infantil, tais como: doenças infecciosas, infecções respiratórias agudas, atraso no crescimento e desenvolvimento, contribuindo assim para um possível aumento da taxa de MI (MOTTA et al., 2005; HELENA et al., 2005).

As anomalias congênitas, apesar de não serem diretamente denominadas como um dos fatores de alto risco pelo MS, podem sim interferir significativamente no processo da amamentação e consequentemente na absorção dos nutrientes nos primeiros meses de vida, tornando-se um fator desencadeante do déficit de crescimento nesse período (MONTAGNOLI et al., 2005).

No que diz respeito à gestação na adolescência, critério determinante segundo o MS para a classificação do neonato de alto risco, é preciso considerar segundo alguns autores, também um marcador de alto risco para prematuridade neonatal, o BPN, assim como baixa vitalidade (TAUIL et al., 2001).

Tratando-se das condições socioeconômicas, a baixa escolaridade, a baixa renda per capita, as precárias condições de moradia e saneamento interferem na compreensão e na prática dos cuidados em saúde da criança, os quais se tornam potencial para os riscos nutricionais infantis (FISBERG et al., 2004; ROMANI e DE LIRA, 2004).

Observa-se ainda que a baixa escolaridade materna tenha contribuído significativamente para o atraso do crescimento e desenvolvimento infantil, se tornando um potencial disparador de internações hospitalares e consequentemente associado à MI (ROMANI e DE LIRA, 2004).

Apesar da redução dos índices de MI no país, ainda se nota a importância de transformações nos cuidados em saúde direcionadas à criança, principalmente no

período perinatal. Logo, a implementação de novas políticas públicas que visam à melhora na assistência ao segmento populacional infantil, se tornam imprescindíveis (MENDES, 2012).

Enquanto as estratégias governamentais ainda remeterem ao modelo assistencial vigente no país, com foco na atenção às doenças agudas e às demandas espontâneas, haverá dificuldades de articulação entre os serviços de saúde, no seguimento de doenças crônicas e no cuidado integral qualificado, interferindo diretamente no processo saúde-doença da criança e também de toda a população (MENDES, 2012).

Ademais, coloca-se em pauta a necessidade da integração entre os diversos profissionais, para que estes possam inventar e reinventar formas de atuar interdisciplinarmente, proporcionando melhores resultados voltados à prevenção e promoção da saúde materno-infantil, compreendendo assim o processo saúde-doença (FORTE et al., 2016).

Portanto, cada vez mais se torna primordial que haja oportunidades de formação para o trabalho multiprofissional, a fim de atender às demandas sociais, contribuindo para a construção de um modelo assistencial pautado nos princípios do SUS, que favoreçam a promoção ao cuidado integral e possibilitem atuações em equipe, ofertando serviços de qualidade para o binômio mãe-bebê, assim como para toda a população (FORTE et al., 2016).

Neste contexto, a taxa de mortalidade infantil, especificamente no Estado de São Paulo, embora tendo se mantido em queda, teve como principais componentes os óbitos neonatais precoces e causas evitáveis, principalmente aquelas relacionadas com a gestação, o parto e a assistência neonatal. Sabe-se que essas taxas estão distantes das observadas em países desenvolvidos, apontando a necessidade de melhora do sistema de saúde, elas também acusam a necessidade de aprimorar e expandir os serviços assistenciais para a promoção da saúde e a prevenção das mortes no primeiro ano de vida, a fim de atingir padrões de mortalidade infantil semelhantes aos de sociedades desenvolvidas (ARECO *et al.*, 2016).

Acredita-se que ações de saúde nos três níveis de atenção favorecem a melhoria da qualidade da assistência materna e infantil e, conseqüentemente, a

detecção precoce de doenças e a redução de óbitos. Sabe-se que se as mesmas não forem implementadas e mais, se não estiverem devidamente articuladas, poderão desencadear danos a essa população (DOS SANTOS et al., 2016). Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo principal caracterizar a atenção à saúde ao bebê de alto risco, mapear o fluxo dos cuidados em saúde na Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco e demonstrar as fragilidades e potencialidades do cuidado em saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Observa-se a necessidade de estudar a articulação na Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco, uma vez que os agravos nessa população são altos. Segundo IBGE, o índice de mortalidade infantil no Brasil em 2008 era de 19,00 óbitos por mil nascidos vivos e já em 2018 temos 12,35 óbitos por mil nascidos vivos, ou seja, apresentou-se uma queda, no entanto em países desenvolvidos como os EUA observou-se um índice de mortalidade infantil no ano de 2008 de 6,3 óbitos por mil nascido vivos, e em 2017 de 5,8 óbitos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2015). Além do mais, sabe-se que o olhar voltado a aspectos preventivos tem um papel importante na consolidação de medidas para melhoria desse quadro e da qualidade de vida do binômio mãe-bebê.

Outra necessidade deve-se ao fato de que muitas vezes o bebê de alto risco está contemplado em duas Redes de Atenção à Saúde, Rede Cegonha e Rede da Pessoa com Deficiência, além de pertencer a uma Unidade Básica de Saúde de referência no seu território, no entanto, o seu cuidado torna-se comumente facetado e não holístico, em função do processo de articulação dos serviços e da corresponsabilização pelo sujeito, tornando o cuidado com o mesmo extremamente falho.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Caracterizar a articulação dos diferentes pontos de cuidado da Rede de Serviços da Supervisão Técnica de Saúde/Butantã (STS/BT), na perspectiva de usuários e profissionais, tendo a atenção primária à saúde (APS) como ordenadora e integradora do cuidado a ser prestado ao Bebê de Alto Risco.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Mapear o fluxo do cuidado ao Bebê de Alto Risco na região oeste do município de São Paulo.
- ✓ Identificar, comparar e analisar a percepção de usuários e profissionais sobre o funcionamento da Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco.

4. MÉTODOS

O projeto foi submetido aos Comitês de Ética e Pesquisa da Prefeitura de São Paulo (CAAE 67637417.9.0000.0065) e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo A).

O estudo foi desenvolvido nos seguintes serviços: Unidades Básicas de Saúde (UBS) Vila Dalva e UBS Jardim São Jorge, que compõem a Coordenadoria Regional Centro-Oeste (CRSCO)/STS/BT, e constituem-se como pontos de articulação no cuidado ao Bebê de Alto Risco e foram escolhidos por conveniência (facilidade de acesso ao serviço).

As duas Unidades citadas acima seguiam o modelo de gestão misto, ou seja, tradicional e ESF, e se encontravam em um processo de transição de parceiro da prefeitura municipal de São Paulo desde o início da pesquisa bem como durante a coleta de dados, acarretando assim em ausência de RH, substituições e realocações dos mesmos em ambos os equipamentos. No decorrer do ano de 2018 ambas se tornaram UBS com cobertura total pela ESF.

As UBS apresentavam equipe NASF de referência atuantes desde 2011, composta cada uma delas por: 1 professor de educação física, 1 nutricionista, 1 fonoaudiólogo, 2 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 2 fisioterapeutas, 1 médico ginecologista, 1 médico pediatra, 1 médico geriatra, 1 médico psiquiatra e 1 auxiliar técnico administrativo. A UBS Jardim São Jorge apresentava 6 ESFs identificadas por cores (laranja, amarela, rosa, azul, verde, vermelha), além da área tradicional do posto de saúde. Posteriormente no decorrer de 2018, somaram-se mais 3 ESFs ao território (lilás, prata, branca) abarcando toda a área de UBS tradicional do equipamento de saúde. Já a UBS Vila Dalva apresentava 5 ESFs também identificadas por cores (vermelha, laranja, verde, azul e amarela) além da população da área posto, mas diferentemente da UBS jardim São Jorge que sofreu ampliação do seu número total de equipes, essa unidade incorporou um maior número de famílias, as quais anteriormente pertenciam a área posto e manteve o número de 5 ESFs.

Vale ressaltar que dos 11 sujeitos pertencentes à UBS Jardim São Jorge, 9 pertenciam à ESF antiga e 2 à ESF nova. Na UBS Jardim São Jorge, é importante pontuar que 5 profissionais participaram da pesquisa, sendo que:

- a ESF verde teve 2 profissionais que responderam respectivamente por 1 e por 3 sujeitos de sua área de abrangência,
- a ESF branca foi representada por 1 único profissional, que respondeu por 2 sujeitos distintos, pertencentes ao mesmo território.
- a ESF amarela teve a participação de apenas um profissional que respondeu por 3 sujeitos de sua referência
- a ESF vermelha também teve a colaboração de um único profissional que respondeu por 2 sujeitos de sua equipe.

Da mesma forma, na UBS Vila Dalva 5 profissionais participaram da pesquisa, sendo que:

- a ESF amarela foi representada por um único profissional que respondeu por 4 sujeitos da área,
- a ESF azul também representada por 1 único profissional que respondeu por 2 sujeitos,
- a ESF laranja e vermelha ambas foram representadas por um só profissional que se reportou cada um para um único sujeito de sua microrregião,
- a ESF verde foi representada por um único profissional que contemplou 3 sujeitos.

Ainda destaca-se que a cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde da Família (ESF) e das Equipes de Atenção Básica (EAB) em 2017 no município de São Paulo era de 36,6% e 63,3% respectivamente, enquanto na região do Butantã a cobertura estimada das ESFs era de 24,1% e das EABs de 55,4% (BRASIL, 2018).

Dentro desse cenário, o primeiro passo foi a busca ativa por bebês de alto risco nas duas UBS de referência citadas acima. Os critérios de inclusão foram:

- Bebês cadastrados nos serviços de saúde da STS-BT.

- Bebês nascidos na Maternidade do Hospital Universitário (HU) ou no Hospital Municipal Maternidade Professor Mario Degni/Sara, os quais são equipamentos de saúde denominados Hospitais Amigos da Criança, desde 30/06/2006 e 27/05/2003 respectivamente. Tal determinação tem embasamento na Portaria Nº 1.153 de 22 de maio de 2014, a qual altera os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014a).
- Ter no mínimo 2 anos e no máximo 4 anos de idade no dia da coleta dos dados, pois desta forma garante-se o uso da Rede de cuidados ao Bebê de Alto Risco de forma longitudinal com foco na primeiríssima infância.
- Bebês considerados de alto risco, de acordo com os critérios do Ministério de Saúde, a saber:
 - ✓ Residência em área de alto risco;
 - ✓ Baixo peso ao nascer, ou seja, menor que 2500g;
 - ✓ Recém-nascido (RN) com menos de 37 semanas de idade gestacional;
 - ✓ Asfixia grave, ou seja, apresentação de Apgar menor que 07 no 5º minuto de vida;
 - ✓ Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade de assistência ao RN;
 - ✓ Neonato de mãe menor de 18 anos;
 - ✓ Neonato de mãe com baixa instrução, ou seja, com menos de 08 anos de estudo;
 - ✓ Histórico de morte de crianças menores de 05 anos na família;
 (BRASIL, 2004).

O único critério de exclusão para esse grupo foi:

- Não consentimento dos pais e/ou responsáveis na participação da pesquisa;

A lista dos bebês de alto risco usuários das UBS da região foi obtida por meio da declaração de nascidos vivos (DNV) fornecida pela Supervisão Técnica de Saúde do Butantã (STS- BT). Caso não fosse possível selecionar um N igual ou maior a 20,

seria solicitada a lista de bebês de alto risco usuários do ambulatório de especialidades Peri-Peri ou ainda de outras unidades de saúde da região.

Após a lista pronta, foram encontrados 22 bebês aleatoriamente e contatadas as ESFs responsáveis por estes sujeitos e então agendada uma reunião entre a pesquisadora e a equipe de referência para que um questionário baseado do Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil – versão profissional (Anexo B) fosse aplicado a fim de discutir as potencialidades e fragilidades desta rede de cuidados na visão dos profissionais. As entrevistas aconteciam em um único encontro e durante a reunião para a aplicação do questionário aos profissionais, a pesquisadora disponibilizava a todos o prontuário familiar, assim como individual dos pacientes, para leitura e consulta, uma vez que se considerou o mesmo como instrumento oficial de registro, bem como apoio, em função do momento de transição na UBS, colaborando assim nas entrevistas feitas aos profissionais novos no território.

Os critérios de inclusão dos profissionais foram:

- Ser lotado nas UBS Vila Dalva e Jd. São Jorge pertencentes aos a STS-BT.

O único critério de exclusão para este grupo foi:

- Não consentir em participar da pesquisa;

Em um segundo momento, os pais e/ou responsáveis por estes bebês foram contatados via telefone ou presencialmente nas UBS, para uma reunião com a pesquisadora, dependendo da disponibilidade do responsável. A fim de facilitar o acesso, quando o familiar não pudesse comparecer a UBS, a entrevista foi realizada por telefone. Neste momento, objetivou-se levantar as fragilidades e potencialidades do cuidado prestado ao bebê de alto risco na visão da família utilizando o questionário acima citado, mas na versão usuário (Anexo C)

A pesquisadora no ato da aplicação dos questionários aos responsáveis, quando necessário, fez uso de uma linguagem mais coloquial e menos técnica, a fim de facilitar a compreensão dos questionamentos pelos mesmos.

Ambos os questionários aplicados, versão usuário e versão profissional, são instrumentos construídos pela própria pesquisadora, tanto baseado no Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil (HARZHEIM et al., 2013), como também fundamentado na prática vivenciada pela mesma como articuladora dos serviços em

saúde na Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco na região, considerando o período pré-natal, neonatal e pós-natal, afim de contemplar todo o fluxo dos indivíduos na Rede.

Também foi aplicado o questionário socioeconômico do Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2015 (ABEP, 2016) (Anexo D). Antes da aplicação dos questionários, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado, (Anexos E e F).

Os dados foram analisados por meio de análise quantitativa. A mesma foi direcionada às comparações entre a percepção do grupo usuários/GU e do grupo profissionais/GP. Estes dados foram analisados estatisticamente, por um profissional especializado em pesquisa científica.

Quanto à estatística descritiva, as variáveis qualitativas foram apresentadas através de suas frequências e porcentagens.

Quanto à estatística inferencial, para as variáveis qualitativas, recorreu-se aos testes exato de Fisher e a razão de verossimilhança para realização das comparações de proporções entre os grupos Profissional e Usuário.

A concordância entre os grupos Profissional e Usuário foi avaliada com o estatístico Kappa e as diretrizes para a interpretação de Kappa foram:

<0,40	Pequena concordância
0,41 – 0,60	Concordância regular
0,61 – 0,80	Boa concordância
>0,80	Excelente concordância

Foi considerada uma probabilidade de erro do tipo I (α) de 0,05 em todas as análises inferenciais.

As análises estatísticas descritivas e inferenciais foram executadas com o software SPSS versão 21 (SPSS 21.0 for Windows).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve por objetivo caracterizar a articulação dos diferentes pontos de cuidado da Rede de Serviços da Supervisão Técnica de Saúde/Butantã (STS/BT) tendo APS como ordenadora e integradora do cuidado a ser prestado ao Bebê de Alto Risco. Bem como, mapear o fluxo do cuidado ao Bebê de Alto Risco na Região Oeste de SP. Além de Identificar, comparar e analisar a percepção de usuários e profissionais sobre o funcionamento da Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco.

5.1 Mapeamento da Rede

Quanto ao mapeamento da região estudada, encontrou-se que a região centro-oeste apresentava 13 subdistritos sendo eles (SÃO PAULO, 2009):

- ✓ Barra funda - 1 CAPS adulto
- ✓ Butantã - 1 AE Jardim Peri-Peri, 1 AMA Jardim Peri-Peri, 1 CAPS adulto, 1 CECCO, 1 CEO, 1 NIR Jardim Peri-Peri, 1 NISA Jardim Peri, 1 PSM Bandeirantes, 2 UBSs
- ✓ Itaim Bibi - 1 CAPS ADULTO e 2 UBSs
- ✓ Jaraguá - 1 AMA, 2 UBSs
- ✓ Jaguaré - 1 AMA e 1 UBS
- ✓ Jardim paulista - 1 URSI
- ✓ Lapa - 1 AE, 1 CAPS ADULTO, 1 CEO, 1 NIR, 1 SAE DST/AIDS, 3 UBSs, 1 URSI
- ✓ Morumbi - 1 UBS
- ✓ Perdizes - 1 CAPS ad PROSAM, 1 CECCO, 1 CRST LAPA, 1 NISA, 2 UBSs
- ✓ Pinheiros – 1 CAPS e 1 UBS
- ✓ Raposo Tavares - 2 AMAs, 4 UBSs

- ✓ Rio Pequeno - 1 HM e Maternidade, 1 SAE DST/AIDS, 4 UBSs
- ✓ Vila Leopoldina - 1 CAPS infantil, 1 laboratório municipal, 1 PSM e 2 UBSs
- ✓ Vila Sônia- 1 AMA, 2 UBSs

Desde outubro de 2018, a região Centro Oeste passou a apresentar 15 subdistritos, com os acréscimos de 1 laboratório municipal, 1 PS e 1 UBS. Já o Jardim Paulista se encontra com 1 CEO e 1 URSI (SÃO PAULO, 2013).

Nos subdistritos Raposo Tavares e Rio Pequeno, aos quais pertencem à UBS Jardim São Jorge e a UBS Vila Dalva sofreram alterações, sendo que o subdistrito Raposo Tavares passa a apresentar 2 AMAs/UBSs INTEGRADAS, mantendo suas duas outras UBSs.

Enquanto o subdistrito de Rio Pequeno manteve o hospital municipal, o SAE DST/AIDS e recebeu 1 UBS a mais além do CAPS infantojuvenil (SÃO PAULO, 2013).

5.2 Caracterização da Amostra

Para caracterização da amostra, foi realizada a análise de frequências e porcentagens das categorias para cada variável. Para as variáveis nas quais foi possível realizar a análise de comparação de proporções entre os grupos Profissional e Usuário, foi calculado o valor de p do teste estatístico (Tabela 1). Dentre as 11 variáveis que contemplam a caracterização da amostra, destacam-se as que apresentaram significância estatística: instrução de chefe da família, escolaridade materna/profissional e nível socioeconômico.

Tabela 1 - Variáveis referentes à caracterização da amostra

VARIÁVEIS	GRUPOS		p
	USUÁRIO	PROFISSIONAL	
GÊNERO	N = 22	N = 10	
Masculino	0 (0%)	0 (0%)	-
Feminino	22 (100,0%)	10 (100,0%)	
IDADE	N = 22	N = 10	
ATÉ 30 ANOS	13 (59,1%)	3 (30,0%)	0,127

> 30 ANOS	9 (40,9%)	7 (70,0%)	
INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA	N = 22	N = 10	
Fundamental II Completo/Médio Incompleto	5 (22,7%)	1 (10,0%)	
Fundamental I Completo/Fundamental II Incompleto	3 (13,6%)	0 (0%)	< 0,001
Médio Completo/Superior Incompleto	11 (50,0%)	0 (0%)	
Superior Completo	3 (13,6%)	9 (90,0%)	
ESCOLARIDADE MATERNA/PROFISSIONAL	N = 22	N = 10	
Analfabeto/Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	5 (22,7%)	0 (0%)	< 0,001
Fundamental II completo/médio e superior	17 (77,3%)	0 (0%)	
Superior completo	0 (0%)	10 (100,0%)	
CATEGORIA PROFISSIONAL	N = 0	N = 10	
Equipe de enfermagem	0 (0%)	8 (80,0%)	-
Equipe médica	0 (0%)	2 (20,0%)	
TEMPO DE FORMAÇÃO	N = 0	N = 10	
Até 11 Anos	0 (0%)	6 (60,0%)	-
> 11 Anos	0 (0%)	4 (40,0%)	
TEM PÓS-GRADUAÇÃO	N = 0	N = 10	
Sim	0 (0%)	8 (80,0%)	-
Não	0 (0%)	2 (20,0%)	
TEMPO DE PÓS-GRADUAÇÃO	N = 0	N = 8	
Até 5 Anos	0 (0%)	4 (50,0%)	-
> 5 Anos	0 (0%)	4 (50,0%)	
TEMPO DE ATUAÇÃO NO SUS	N = 0	N = 10	
Até 5 Anos	0 (0%)	5 (50,0%)	-
> 5 Anos	0 (0%)	5 (50,0%)	
TEMPO DE ATUAÇÃO NO EQUIPAMENTO	N = 0	N = 7	
Até 1 Ano	0 (0%)	2 (20,0%)	-
> 1 Ano	0 (0%)	8 (80,0%)	
NÍVEL SOCIOECONÔMICO	N = 22	N = 10	
A e B	3 (13,6%)	9 (90,0%)	< 0,001
C, D, E	19 (86,4%)	1 (10,0%)	

O grupo usuário (G.U.) foi composto de 22 sujeitos e grupo profissional (G.P.) de 10 sujeitos, todos pertencentes ao sexo feminino, fato que demonstra o papel predominantemente feminino como responsável pelo cuidado do lar, da família e dos

filhos; enquanto ainda relevando a mesma população conquistando espaço no âmbito profissional, nesta pesquisa, majoritariamente no campo da enfermagem.

A mulher vem desempenhando inúmeros papéis impostos pelo contexto social no qual se encontra. E uma vez sendo cuidadora, estabelece uma relação de autoridade e dependência, contrapondo-se aos pressupostos de autonomia e emancipação incentivada pela mesma sociedade (Collière, 1989; Wegner e Pedro, 2010).

À mulher compete o cuidado em tudo que cresce e se desenvolve, prolongando-se até a morte, sendo que lhe é delegada a tarefa de ser a cuidadora principal nas etapas do ciclo da vida. Mesmo assim, o sexo feminino vem conquistando espaços, ganhando valor perante a sociedade por meio dos papéis que vêm desempenhando com louvor, sejam no âmbito familiar ou na própria comunidade. Dentre os vários papéis por ela desempenhados, o de cuidadora é histórica e culturalmente o mais evidenciado e assimilado. Quando se trata de cuidar, zelar e/ou acompanhar um familiar em sua saúde, seja ele, filho, esposo, mãe, pai, etc. ela é elencada para tal como sendo a cuidadora principal da família (COLLIÈRE, 1989; WEGNER e PEDRO, 2010).

O ingresso das mulheres no mercado de trabalho e sua maior participação no sistema financeiro familiar acabaram por apresentar um novo perfil de família. Esse novo cenário vem ocorrendo em algumas famílias brasileiras de nível socioeconômico médio, contrapondo-se à estrutura familiar tradicional, tendo o pai como único provedor e a mãe como única responsável pelas tarefas domésticas e pelo cuidado com os filhos. Vale ressaltar que, no entanto, esse fato está ainda em processo de transição (COLLIÈRE, 1989; WEGNER e PEDRO, 2010).

Nesse contexto, pode-se observar que a noção de cuidado e de saúde à família, é concebida como sendo feminina e produto das “qualidades naturais” das mulheres, e por meio dessas reflexões torna-se simples entender as razões para que a profissão de enfermagem ainda se mantenha predominantemente feminina em todos os níveis de atenção à saúde (LOPES e LEAL, 2005).

Em relação à idade, pode-se observar que no G.U. 59,1%% dos sujeitos tinham até 30 anos e 40,9% acima disso, enquanto no G.P. 30% deles apresentavam-se na faixa etária de até 30 anos e 70% acima de 30 anos.

Na variável instrução do chefe de família, pode-se notar que no G.U., 50% dos sujeitos indicavam o chefe de família com ensino médio completo/superior, mais de 22% fundamental II completo/médio incompleto, 13,6% fundamental I completo/fundamental II incompleto e 13,6% superior completo. Já no G.P., 90% dos sujeitos apontavam o chefe de família com nível superior completo e apenas 10% com ensino fundamental II/médio incompleto. Essa variável também apresentou significância estatística.

O nível de escolaridade materna no G.U. prevaleceu com 77,3% no ensino Fundamental II completo, médio e superior e, apenas 22,7% Analfabeto, Fundamental I completo e Fundamental II incompleto, enquanto no G.P., o nível de escolaridade foi superior completo em 100%. Portanto essa variável apresentou significância estatística.

As categorias profissionais encontradas no G.P. foram: equipe médica com 20% e equipe de enfermagem com 80%. Quanto ao tempo de formação dos mesmos, verificou-se que 60% haviam se formado há mais de 11 anos e 40% há menos que isso.

Dentre os sujeitos do G.P., 80% tinham pós-graduação e 20% não. Dos que apresentavam, metade havia finalizado o curso há mais de cinco anos e a outra metade há menos de cinco anos.

Constatou-se que metade dos sujeitos do G.P. tinha atuação no SUS há mais de cinco anos e a outra metade atuava há menos de cinco anos.

Quanto à atuação no equipamento de saúde, verificou-se que 80% dos sujeitos trabalhavam no equipamento há mais de um ano e apenas 20% há menos de um ano.

Por fim, no G.U., observou-se que mais de 86% dos sujeitos pertenciam às classes C, D, E, diferentemente do nível socioeconômico encontrado no G.P. que se concentrava em 90% nas classes A e B. Variável esta que teve significância estatística.

Observaram-se diferenças importantes entre os grupos, dentre essas se destacam duas categorias, as quais escolaridade e nível socioeconômico podem ter maior influência nas respostas aos questionamentos feitos.

Tal afirmação se dá devido ao fato de que dentro do ambiente familiar, contraditoriamente, a criança tanto pode receber proteção quanto conviver com riscos à saúde e ao seu desenvolvimento. E os fatores de alto risco comumente se referem ao baixo nível socioeconômico deste núcleo familiar. Assim como, há inúmeros autores que afirmam que a escolaridade materna tem impacto sobre o desenvolvimento e a saúde das crianças (BRADLEY e CORWYN, 2002).

As condições econômicas e sociais influenciam diretamente nas condições de saúde dos indivíduos, bem como das populações. Grande parte das doenças; assim como os males em saúde de maneira geral, se dão por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse contexto que define resumidamente todos os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde é chamado de “determinantes sociais da saúde” (CARVALHO, 2013).

Em busca da melhoria em saúde e da redução dos agravos, no âmbito dos determinantes sociais, se faz necessário que novas intervenções sejam implementadas nos diversos setores da sociedade que, por sua vez influenciam os determinantes estruturais. Uma vez a população em gozo de sua saúde colabora positivamente para outras prioridades sociais, tais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico, gerando assim um círculo virtuoso pelo qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente (CARVALHO, 2013).

5.3 Início do Fluxo/Período Pré-Natal

Nessa pesquisa, denominou-se como sendo “Início do fluxo ou período pré-natal”, o conjunto de questões aplicadas acerca dos eventos ocorridos com os sujeitos nos serviços de saúde durante todo o período pré-natal. Observa-se na Tabela 2, que na comparação das respostas entre os grupos profissional e usuário, no início do fluxo período pré-natal, somente três variáveis apresentaram diferença estatisticamente significativa, indicando aparentemente uma divergência das respostas entre os dois grupos para estas variáveis: Ter vínculo com a UBS

(questionamento quanto à existência ou não de vínculo com algum profissional de saúde na UBS de referência), Conhecer a equipe NASF (questionamento acerca do conhecimento da equipe NASF na UBS de referência) e Profissional que encaminhou ao PNR (questionamento em relação ao profissional que encaminhou ao pré-natal de alto risco).

Tabela 2 - Avaliação das respostas entre os grupos profissional e usuário no início do fluxo/período pré-natal

VARIÁVEIS		USUÁRIO	PROFISSIONAL	p
TEM VÍNCULO NA UBS		N = 22	N = 22	
		12 (54,5%)	14 (63,3%)	0,004
		10 (45,5%)	3 (13,6%)	
		0 (0%)	5 (22,7%)	
VÍNCULO AO PROFISSIONAL		N = 12	N = 14	
		4 (33,3%)	4 (28,6%)	0,425
		1 (8,3%)	0 (0%)	
		4 (33,3%)	8 (57,1%)	
		3 (25,0%)	2 (14,3%)	
CONHECE EQUIPE NASF		N = 22	N = 22	
		19 (86,4%)	8 (36,4%)	0,001
		0 (0%)	4 (18,2%)	
		1 (4,5%)	0 (0%)	
		2 (9,1%)	10 (45,5%)	
QUAL PROFISSIONAL NASF		N = 3	N = 10	
		1 (33,3%)	6 (60,0%)	0,597
		1 (33,3%)	3 (30,0%)	
		1 (33,3%)	1 (10,0%)	
HOVE GRAVIDEZ DE ALTO RISCO		N = 22	N = 22	
		13 (59,1%)	11 (50,0%)	0,112
		9 (40,9%)	8 (36,4%)	
		0 (0%)	3 (13,6%)	
QUAL RISCO		N = 13	N = 11	
		7 (53,8%)	10 (90,9%)	0,134
		3 (23,1%)	1 (9,1%)	

NSR	1 (7,7%)	0 (0%)	
OUTROS	2 (15,4%)	0 (0%)	
QUAL TRIMESTRE DA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO	N = 13	N = 11	
1°	5 (38,5%)	5 (45,5%)	0,919
2°	7 (53,8%)	5 (45,5%)	
3°	1 (7,7%)	1 (9,1%)	
ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (PNR)	N = 14	N = 11	
Sim	9 (64,3%)	10 (90,9%)	0,180
Não	5 (35,7%)	1 (9,1%)	
LOCAL DO PNR	N = 9	N = 10	
SARA	7 (77,8%)	9 (90,0%)	
SARA/HU	1 (11,1%)	1 (10,0%)	0,453
Outro	1 (11,1%)	0 (0%)	
MODO DE ENCAMINHAMENTO PNR	N = 9	N = 10	
Guia REF	2 (22,2%)	0 (0%)	0,136
NSR	1 (11,1%)	0 (0%)	
Outro	2 (22,2%)	5 (50,0%)	
Via Sistema	4 (44,4%)	5 (50,0%)	
PROFISSIONAL QUE ENCAMINHOU AO PNR	N = 9	N = 10	
Enfermeira	5 (55,6%)	1 (10,0%)	0,014
Médico	4 (44,4%)	5 (50,0%)	
Médico/Enfermeira	0 (0%)	4 (40,0%)	
ADESÃO AO PNR	N = 9	N = 10	
Sim	9 (100%)	7 (70,0%)	0,113
Não	0 (0%)	1 (10,0%)	
NSR	0 (0%)	2 (20,0%)	
CONTINUAÇÃO DO PRÉ-NATAL NA UBS (PNUBS)	N = 22	N = 22	
Sim	17 (77,3%)	17 (77,3%)	0,064
Não	5 (22,7%)	2 (9,1%)	
NSR	0 (0%)	3 (13,6%)	

No G.U., aproximadamente 55% dos sujeitos afirmaram ter vínculo com algum profissional da UBS, contrapondo-se a mais de 45% que afirmaram não ter

vínculo algum. Já no G.P., mais de 60% dos sujeitos pontuaram a existência do vínculo com algum profissional no equipamento de saúde, no entanto 13,6% negaram e quase 23% destes NSR. Acredita-se que o vínculo é uma das principais ferramentas de trabalho dentro de um equipamento de saúde. Dessa forma, na APS, o vínculo torna-se fundamental para a ESF a fim de aumentar a adesão e sucesso dos tratamentos de doenças, bem como a prevenção de agravos de todas as famílias pertencentes ao território, corroborando para um trabalho mais humanizado (BRASIL, 2000).

É possível construir e estabelecer o vínculo entre o profissional e o usuário por meio do acolhimento, com a inserção ativa dos profissionais, principalmente do agente comunitário de saúde na realidade de cada família, emancipando-a como protagonista do seu processo de autocuidado. Assim, os profissionais da saúde são desafiados a abranger o usuário além de sua doença. Para tal, o profissional deve se interessar pelo usuário, respeitando sua singularidade como sujeito; criando assim condições para a promoção da saúde de forma integral e integradora. A construção do vínculo é uma tecnologia leve e se institui como prerequisite para a atuação na Estratégia Saúde da Família (ILHA *et al.*, 2014).

É notável que 86,4% dos sujeitos no G.U. negaram ter conhecimento sobre a existência da equipe NASF na UBS, 4,5% referiram ter ciência e apenas 9,1% afirmaram terem usufruído da equipe, dado que não corrobora com as respostas do G.P., que indicam 36,4% pontuando que as famílias não tinham conhecimento sobre o NASF, 18,2% NSR, e 45,5% afirmando que as famílias fizeram uso da equipe NASF no território. A constituição e implementação da equipe NASF no território tem como uma das muitas atribuições, apoiar o trabalho desenvolvido pela ESF a fim de somar esforços para ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, auxiliando na concretização da promoção em saúde, reabilitação de doenças e prevenção de agravos, construindo assim a integralidade do cuidado aos usuários do SUS (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2014b).

O G.U. referiu que 55,6% dos sujeitos receberam encaminhamento ao PNR pela equipe de enfermagem, 44,4% pelo médico, enquanto o G.P. relatou que 10% dos encaminhamentos foram feitos pela equipe de enfermagem, 40% de modo compartilhado enfermeiro/médico e ainda 50% realizado apenas pelo profissional

médico. O encaminhamento ao PNR assegura um olhar peculiar à saúde materno-infantil conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, portanto todos os profissionais envolvidos na Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco, pertencentes à APS, devem se atentar à presença ou surgimento de fatores de alto risco, como também devem ser capacitados para avaliar cada binômio, a fim de identificar a necessidade ou não do encaminhamento ao PNR com brevidade, a qualquer tempo do período gestacional (BRASIL, 2010b). Para tal, a identificação de alto riscos para a gestante e/ou o feto deve ser feita desde a primeira consulta, e deve ser revista a cada retorno, ou seja, de modo contínuo (BATISTA *et al.*, 2010; BRASIL, 2010b).

Caso o encaminhamento ocorra, a gestante deve ter seu cuidado pré-natal monitorado pela UBS de origem por meio de visitas domiciliares. Com isso evita-se a duplicidade de atendimento e garante-se a responsabilidade sobre o cuidado com a gestante. Vale ressaltar que toda e qualquer conduta deve ser registrada e a Unidade Básica de Saúde deve acompanhar o caso de modo longitudinal (BATISTA *et al.*, 2010; BRASIL, 2010b).

Uma vez encaminhada a gestante para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco, torna-se imprescindível que seja orientada a não perder o vínculo com a equipe APS, na qual iniciou o acompanhamento, até mesmo a fim de empoderá-la como protagonista de seu cuidado em saúde (BATISTA *et al.*, 2010; BRASIL, 2010b).

Por sua vez esta equipe deve ser mantida informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados à gestante, por meio da contrarreferência dos outros equipamentos de saúde e também através da busca ativa das gestantes em seu território de atuação, por meio da visita domiciliar, ferramenta ímpar da ESF (BATISTA *et al.*, 2010; BRASIL, 2010b).

5.4 Meio do Fluxo/Período Neonatal

Denominou-se como sendo “Meio do fluxo ou período neonatal”, o conjunto de questões aplicadas acerca dos acontecimentos nos serviços de saúde durante todo o período neonatal. Na comparação das respostas entre os grupos profissional e usuário no meio do fluxo/período neonatal, poucas variáveis apresentaram

diferença estatisticamente significativa, indicando aparentemente divergência das respostas entre os dois grupos para estas variáveis, conforme demonstrado na Tabela 3: HOUVE INTERNAÇÃO (questionamento sobre a existência de internação hospitalar em função de agravo no parto ou se recebeu alta conforme protocolo); ALA DE INTERNAÇÃO (questionamento sobre qual a ala que o sujeito permaneceu durante a internação); TEMPO DE INTERNAÇÃO (questionamento sobre a duração do período de internação hospitalar); VIA DE COMUNICAÇÃO SOBRE NASCIMENTO (questionamento do modo que a informação sobre o nascimento da criança foi feita para a UBS de referência).

Tabela 3 - Avaliação das respostas entre os grupos profissional e usuário no meio do fluxo/período neonatal

VARIÁVEIS	GRUPOS		p
	USUÁRIO	PROFISSIONAL	
HOSPITAL DO PARTO	N = 22	N = 22	
ASS/HU/SARA	19 (86,4%)	19 (86,4%)	> 0,999
ATS/HC	1 (4,5%)	1 (4,5%)	
OUTROS	2 (9,1%)	2 (9,1%)	
TIPO DE PARTO	N = 22	N = 22	
Normal	8 (36,4%)	8 (36,4%)	0,698
Cesária	11 (50,0%)	10 (45,5%)	
Fórceps	3 (13,6%)	3 (13,6%)	
NSR	0 (0%)	1 (4,5%)	
IDADE GESTACIONAL	N = 22	N = 22	
Pré Termo	12 (54,5%)	12 (54,5%)	0,136
A Termo	8 (36,4%)	8 (36,4%)	
Pós Termo	2 (9,1%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	2 (9,1%)	
HOUVE INTERNAÇÃO	N = 22	N = 22	
Sim	19 (86,4%)	16 (72,7%)	0,002
Não	3 (13,6%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	6 (27,3%)	
ALA DE INTERNAÇÃO	N = 19	N = 17	
LEITO	3 (15,8%)	0 (0%)	< 0,001
SEMI UTI	2 (10,5%)	0 (0%)	
UTI	14 (73,7%)	4 (23,5%)	
NSR	0 (0%)	13 (76,5%)	

TEMPO DE INTERNAÇÃO	N = 19	N = 17	
Até 10 dias	2 (10,5%)	2 (11,8%)	
11 - 30 dias	6 (31,6%)	6 (35,3%)	0,017
> 30 Dias	11 (57,9%)	4 (23,5%)	
NSR	0 (0%)	5 (29,4%)	
HOUVE INTERCORRÊNCIA	N = 22	N = 22	
Sim	22 (100%)	18 (81,8%)	
Não	0 (0%)	0 (0%)	0,108
NSR	0 (0%)	4 (18,2%)	
QUAL INTERCORRÊNCIA	N = 22	N = 19	
Agravos neonatais	6 (27,3%)	6 (31,6%)	
Prematuridade	14 (63,6%)	10 (52,6%)	0,607
Síndrome	2 (9,1%)	2 (10,5%)	
NSR	0 (0%)	1 (5,3%)	
VIA DE COMUNICAÇÃO SOBRE NASCIMENTO	N = 22	N = 22	
Contrarreferência ATS	6 (27,3%)	0(0%)	
ESF/ACS	2 (9,1%)	7 (31,8%)	0,004
Família/Informalmente	13 (59,1%)	11 (50,0%)	
NSR	1 (4,5%)	4 (18,2%)	

Destaca-se que 27,3% do G.P. não souberam referir nada a respeito da ocorrência de internação neonatal, assim como 76,5% também do G.P. não souberam referir nada a respeito da ala de internação. Ainda no G.P., contrariamente ao encontrado no G.U., 29,4% NSR nada a respeito sobre o tempo de internação, 23,5% relataram internação durante um período superior a 30 dias, 35,3% de 11 a 30 dias, e 11,8% até 10 dias.

Há ainda a presença de desvalorização dos registros nas instituições públicas e privadas por meio dos profissionais da saúde. Tal fato pode contribuir para condutas equivocadas, prejudicando a evolução dos casos ou até mesmo favorecendo o óbito. Faz-se necessária para qualidade da rede, a utilização do registro de todos os procedimentos e fluxos pelos profissionais envolvidos. Portanto, o conhecimento sobre as informações do pré-natal, do parto e puerpério, bem como de seu registro formal, feito de modo adequado, torna-se imprescindível para um efetivo trabalho da ESF no que tange ao acompanhamento longitudinal da família pertencente aquele território, visto que uma das suas atribuições é de ordenadora

dos serviços da Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco no SUS (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2010b).

Sabe-se ainda que a APS se diferencia dos demais níveis de atenção por quatro atributos: a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Dentre esses atributos, destaca-se aqui a longitudinalidade, que significa o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde (STARFIELD, 2004).

O termo longitudinalidade é pouco usado no Brasil e na literatura internacional, visto que o termo continuidade do cuidado é empregado com sentido semelhante, mas esses termos possuem especificidades conceituais. A longitudinalidade na APS significa a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e seus pacientes. Enquanto que a continuidade não é necessária para que essa haja essa relação, pois interrupções na continuidade da atenção não significam interrupção da relação (STARFIELD, 2004).

A longitudinalidade apresenta efeitos benéficos no âmbito da saúde como o melhor reconhecimento das peculiaridades dos usuários, precisão diagnóstica, redução de custos e de hospitalizações, adequada prevenção de agravos e promoção da saúde. Portanto, as equipes de saúde da família possuem a responsabilidade longitudinal pelos usuários da rede de serviços de saúde ao longo da vida, independentemente da presença ou ausência de doença, garantindo-se o cuidado integral (BARATIERI e MARCON, 2011; CUNHA e GIOVANELLA, 2011).

Os sujeitos do G.U. majoritariamente, com 59,1% declararam que a via de comunicação do nascimento se deu informalmente pela família, 27,3% por contrarreferência do hospital, 9,1% por busca ativa da ESF/ACS e 4,5% NSR nada a respeito. Contudo, no G.P. 50% dos sujeitos pontuaram que a comunicação do nascimento se deu pela família/informalmente, 31,8% pela ESF/ACS e ainda 18,2% NSR nada sobre isso.

Para que a Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco seja funcional e de qualidade, na qual os direitos à gestante e à criança sejam assegurados, cada equipamento de saúde compreendido no sistema deve exercer seu papel com respeito à interlocução entre a atenção básica de saúde, o serviço especializado e o

hospital, lançando mão de referências e contrarreferências como meio de formalizar e padronizar os registros em saúde (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2012b).

Para tal, vale ressaltar que de acordo com a Rede Cegonha, é preconizado que a maternidade, na alta hospitalar, comunique a APS de referência, estabelecendo assim fluxos de referência/contrarreferência nos diversos níveis de complexidade, visando assim contribuir com a ESF para que a visita domiciliar ocorra em tempo oportuno. Sendo assim, cabe à maternidade elaborar e enviar à APS, um relatório dos procedimentos, medicamentos e das possíveis intercorrências relevantes no parto e no nascimento, bem como a classificação do RN, caso este seja de alto risco (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011d).

Evidenciam-se nos valores de 54,5% pré-termo, em ambos os grupos para variável idade gestacional, como também na variável qual intercorrência, os valores de prematuridade no G.U. com 63,6% e 52,6% no G.P.

A prematuridade se dá quando o período gestacional se encerra com o parto acontecendo entre a vigésima e a trigésima sétima semana de vida uterina. Os dados referentes à idade gestacional e as intercorrências, em ambos os grupos, apontam a prevalência da prematuridade. Acredita-se que as causas da prematuridade, sejam em sua maioria indefinidas, no entanto há estudos que relatam sim, algumas causas pré-definidas e evitáveis. Dentre essas, destacam-se as complicações relacionadas ao aparelho genital feminino, trato urinário, alterações placentárias, hipertensão arterial, excesso de líquido amniótico, idade materna, infecções maternas, entre outras (NOMURA *et al.*, 2009; RAMOS e CUMAN, 2009; BRASIL, 2010b; POHLMANN, 2013).

Sendo assim, o momento do pré-natal tem grande representatividade na prevenção do trabalho de parto prematuro; assim como a identificação dos fatores de alto risco, as ações de prevenção de agravos, as práticas de assistência convencionais e protocolares e as ações de promoção em saúde. Porém, a plena potência deste trabalho se dá quando há eficiência de comunicação entre os setores em uma ação de vigilância efetiva da equipe de referência, somada ao vínculo do usuário-profissional e, sobretudo com capacitação continua dos atores envolvidos (RAMOS e CUMAN, 2009; BRASIL, 2010b).

5.5 Fim do Fluxo/Período Pós-Natal

Ainda designou-se como sendo “Fim do fluxo ou período pós-natal”, o conjunto de questões aplicadas acerca dos acontecimentos que se deram com o sujeito nos serviços de saúde durante todo o período pós-natal. Na comparação das respostas entre os grupos profissional e usuário no fim do fluxo/período pós-natal, somente algumas variáveis apresentaram diferença estatisticamente significativa, indicando divergência das respostas entre os dois grupos para estas variáveis, conforme observado na Tabela 4: ONDE SE DEU O ACOMPANHAMENTO PUERPERAL (questionamento em relação aos locais nos quais se deu o acompanhamento puerperal), HOVE ENCAMINHAMENTO À ASS (questionamento sobre a existência ou não de encaminhamento para atendimento do sujeito à ASS na alta hospitalar), MODO DO ENCAMINHAMENTO (questionamento sobre o modo como se deu o encaminhamento à ASS), OUTRO ENCAMINHAMENTO À ASS (questionamento quanto à existência de outro encaminhamento à ASS quando não realizado na alta hospitalar), CIÊNCIA DO COMPARECIMENTO OU FALTA NO A/E (questionamento em relação ao conhecimento da ESF quanto à presença ou não no atendimento do ambulatório de especialidades), COMPARECIMENTO NO 1º AT NO A/E (questionamento quanto a presença ou ausência na primeira consulta prestada pelo ambulatório de especialidades), HOVE OUTRA FALTA (questionamento em relação a existência de outras faltas no acompanhamento feito pelo ambulatório de especialidades), HOVE SENSIBILIZAÇÃO PELA ESF PARA ADEÇÃO (questionamento acerca da realização ou não de sensibilização por parte da ESF a fim de promover a adesão ao tratamento no ambulatório de especialidades), HOVE REAGENDAMENTO PARA O A/E (questionamento quanto à necessidade ou não de reagendamento de consulta no ambulatório de especialidades), HOVE BUSCA POR OUTRO EQUIPAMENTO DE SAÚDE (questionamento quanto à busca ou não por atendimento em outro serviço de saúde).

Tabela 4 - Avaliação das respostas entre os grupos profissional e usuário no fim do fluxo período pós-natal

VARIÁVEIS	GRUPOS		p
	USUÁRIO	PROFISSIONAL	
1º ATENDIMENTO PUERPERAL	N = 22	N = 22	
Até 10 Dias	3 (13,6%)	2 (9,1%)	0,790
11 - 30 Dias	3 (13,6%)	5 (22,7%)	
> 30 Dias	14 (63,6%)	14 (63,6%)	
NSR	2 (9,1%)	1 (4,5%)	
ONDE SE DEU O ACOMPANHAMENTO PUERPERAL	N = 22	N = 22	
APS	4 (18,2%)	15 (68,2%)	0,001
ASS	2 (9,1%)	2 (9,1%)	
APS/ASS	16 (72,7%)	4 (18,2%)	
NSR	0 (0%)	1 (4,5%)	
HOVE ENCAMINHAMENTO À ASS	N = 22	N = 22	
Sim	14 (63,6%)	11 (50,0%)	0,001
Não	8 (36,4%)	3 (13,6%)	
NSR	0 (0%)	8 (36,4%)	
QUAL EQUIPAMENTO NA ASS	N = 14	N = 11	
A/E PERI-PERI	10 (71,4%)	7 (63,6%)	0,221
A/E SARA	1 (7,1%)	0 (0%)	
A/E HU	2 (14,3%)	2 (18,2%)	
A/E HC	1 (7,1%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	2 (18,2%)	
MODO DO ENCAMINHAMENTO	N = 14	N = 11	
Encaminhamento e Agendamento	13 (92,9%)	8 (72,7%)	0,041
Encaminhamento	1 (7,1%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	3 (27,3%)	
OUTRO ENCAMINHAMENTO À ASS	N = 8	N = 14	
Sim	8 (100%)	7 (50,0%)	0,022
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	7 (50,0%)	
QUEM REALIZOU O ENCAMINHAMENTO	N = 8	N = 7	
NASF	1 (12,5%)	2 (28,6%)	0,288
UBS	7 (87,5%)	4 (57,1%)	

NSR	0 (0%)	1 (14,3%)	
QUAL EQUIPAMENTO NA ASS	N = 8	N = 7	
A/E PERI-PERI	7 (87,5%)	7 (100,0%)	< 0,999
Outro	1 (12,5%)	0 (0%)	
VIA AGENDAMENTO	N = 8	N = 7	
UBS/Via Sistema	6 (75,0%)	4 (57,1%)	
NASF	1 (12,5%)	1 (14,3%)	0,213
Família/Pessoalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	2 (28,6%)	
HOUE CIÊNCIA DA ESF	N = 22	N = 20	
Sim	20 (90,9%)	18 (90,0%)	0,420
Não	2 (9,1%)	1 (5,0%)	
NSR	0 (0%)	1 (5,0%)	
MODO DA CIÊNCIA	N = 20	N = 16	
Contrarreferência ATS	1 (5,0%)	0 (0%)	
APS	7 (35,0%)	8 (50,0%)	0,293
Família	12 (60,0%)	7 (43,8%)	
NSR	0 (0%)	1 (6,3%)	
CIÊNCIA DA DURAÇÃO DO ATENDIMENTO NO A/E	N = 22	N = 20	
Sim	9 (40,9%)	5 (25,0%)	0,065
Não	12 (54,5%)	9 (45,0%)	
NSR	1 (4,5%)	6 (30,0%)	
MODO DA CIÊNCIA DA ESF	N = 9	N = 5	
ACS	1 (11,1%)	1 (20,0%)	0,590
Família	7 (77,8%)	4 (80,0%)	
NASF	1 (11,1%)	0 (0%)	
DURAÇÃO DO ATENDIMENTO	N = 22	N = 6	
Até 3 Meses	5 (22,7%)	1 (16,7%)	
> 3 Meses < 1 Ano	5 (22,7%)	2 (33,3%)	0,280
> 1 Ano	12 (54,5%)	2 (33,3%)	
NSR	0 (0%)	1 (16,7%)	
CIÊNCIA COMPARECIMENTO DO OU FALTA NO A/E	N = 22	N = 20	
Sim	19 (86,4%)	11 (55,0%)	0,010
Não	3 (13,6%)	4 (20,0%)	
NSR	0 (0%)	5 (25,0%)	
MODO DA CIÊNCIA DA ESF	N = 19	N = 11	
APS	3 (15,8%)	4 (36,4%)	0,372
Família	16 (84,2%)	7 (63,6%)	

COMPARECIMENTO NO 1º AT NO A/E	N = 22	N = 20	
Sim	22 (100,0%)	7 (35,0%)	< 0,001
Não	0 (0%)	1 (5,0%)	
NSR	0 (0%)	12 (60,0%)	
HOUE OUTRA FALTA	N = 22	N = 20	
Sim	12 (54,5%)	2 (10,0%)	< 0,001
Não	10 (45,5%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	18 (90,0%)	
RAZÕES DA FALTA	N = 12	N = 2	
AT Outro EQ	0 (0%)	1 (50,0%)	
Falha na Data	2 (16,7%)	0 (0%)	0,137
Financeiras	3 (25,0%)	0 (0%)	
Não Julgava Necessário	3 (25,0%)	1 (50,0%)	
NQR	4 (33,3%)	0 (0%)	
HOUE SENSIBILIZAÇÃO PELA ESF PARA ADESAO	N = 22	N = 20	
Sim	12 (54,5%)	7 (35,0%)	0,001
Não	10 (45,5%)	5 (25,0%)	
NSR	0 (0%)	8 (40,0)	
HOUE REAGENDAMENTO PARA O A/E	N = 22	N = 17	
Sim	7 (31,8%)	1 (5,9%)	< 0,001
Não	13 (59,1%)	0 (0%)	
Abandono	2 (9,1%)	1 (5,9%)	
NSR	0 (0%)	15 (88,2%)	
ESF AUXILIOU NO REAGENDAMENTO	N = 7	N = 1	
Sim	0 (0%)	1 (100,0%)	0,125
Não	7 (100,0%)	0 (0%)	
MODO DE AUXÍLIO	N = 7	N = 1	
ESF/NASF	0 (0%)	1 (100,0%)	0,125
Família	7 (100,0%)	0 (0%)	
HOUE BUSCA POR OUTRO EQUIPAMENTO DE SAÚDE	N = 22	N = 22	
Sim	4 (18,2%)	4 (18,2%)	< 0,001
Não	18 (81,8%)	4 (18,2%)	
NSR	0 (0%)	14 (63,6%)	
QUAL EQUIPAMENTO	N = 4	N = 4	
APAE	2 (50,0%)	2 (50,0%)	0,136
Hospital Menino Jesus	1 (25,0%)	0 (0%)	

Sírio Libanês	0 (0%)	2 (50,0%)	
Outro	1 (25,0%)	0 (0%)	

Quanto ao local de acompanhamento puerperal, no G.U. foi referido que 72,7% dos sujeitos realizaram o acompanhamento na APS/ASS, 18,2% na APS e apenas 9,1% somente na ASS. No G.P., observou-se que 68,2% dos sujeitos realizaram acompanhamento apenas na APS, 18,2% em ambos, 9,1% apenas na ASS e ainda 4,5% NSR. Considera-se de extrema importância a realização do acompanhamento puerperal na UBS de referência no território, independentemente do seguimento feito no ambulatório de especialidades, pois cabe à APS como ordenadora dos serviços na Rede, ser responsável pelo acompanhamento longitudinal desta família, e é principalmente, neste equipamento que a saúde materno-infantil receberá os devidos cuidados de modo peculiar. Um dos muitos recursos disponibilizados pela ESF, o que representa um diferencial diante da realidade de outros territórios sem ESF, é a visita domiciliar, que contribui como facilitador para alcance do objetivo de assegurar direitos à saúde desse binômio (BATISTA *et al.*, 2010).

É notável que 63,6% dos sujeitos do G.U. referiram sim ter encaminhamento à ASS, mas 36,4% negaram. No G.P., metade dos sujeitos afirmou ter encaminhamento, 36,4% NSR e ainda 13,6% negaram. Dos sujeitos que receberam encaminhamento ainda na alta hospitalar, no G.U., 92,9% relataram ter recebido encaminhamento e agendamento, enquanto 7,1% pontuaram ter recebido apenas o encaminhamento. Já no G.P., 72,7% relataram ter recebido encaminhamento e agendamento e 27,3% NSR. No G.U. 100% dos sujeitos tiveram o encaminhamento à ASS feito posteriormente, e no G.P. metade afirmou que sim e a outra metade NSR nada a respeito desta informação.

O acompanhamento puerperal visa avaliar o estado geral de saúde do binômio mãe-bebê, orientar a família sobre os cuidados básicos de higiene, vacinação, amamentação, planejamento familiar, bem como identificar situações de alto risco e/ou intercorrências no ato da consulta ou na alta hospitalar, diagnosticá-las e conduzi-las aos profissionais específicos e/ou equipamento especializado de acordo com os critérios pré-estabelecidos para alto risco (BATISTA *et al.*, 2010; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2012b). A equipe NASF, também poderá compor nesse

processo, como equipe de apoio à ESF, para que o mesmo ocorra em tempo e a contento de forma a contribuir com o olhar ampliado de diversas categorias profissionais (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2009b).

Foi constatado que 86,4% dos sujeitos no G.U. declararam que a ESF teve ciência sobre o comparecimento ou a falta no primeiro atendimento no A/E, enquanto 13,6% negaram. Contudo, no G.P. 55% dos sujeitos afirmaram que sim, mas 25% NSR e ainda 20% negaram a ciência.

Quanto ao questionamento se se de fato houve presença/comparecimento no primeiro atendimento no A/E, 100% dos sujeitos do G.U. mencionaram ter comparecido, contrapondo-se ao G.P., no qual 60% NSR nada a respeito deste fato, 35% afirmaram ter comparecido e 5% negaram.

O G.U. apontou que 54,5% dos sujeitos tiveram outra falta, já 45,5% negaram ter cometido qualquer outra falta. Observou-se que 90% dos sujeitos do G.P. NSR nada sobre o questionamento feito acerca do assunto, e apenas 10% afirmaram sim ter tido outra falta.

Um total de 54,5% dos sujeitos do G.U. pontuou que houve sim sensibilização pela ESF para adesão ao tratamento na ASS, e 45,5% disseram que não. No G.P., 40% NSR, 35% declararam que sim e 25% negaram.

Diante do apresentado, acredita-se que a ausência ou inconsistência de dados necessários para esclarecimentos de condutas adotadas pode significar um risco à saúde, especialmente, à saúde materno-infantil e por vezes vem dificultar ou impedir avaliação, diagnóstico e conduta adequados do caso (BRASIL, 2010b). A manutenção dos registros, sejam eles, físicos ou eletrônicos é imprescindível para que o acompanhamento longitudinal do sujeito em questão ocorra plenamente e de forma qualificada. A longitudinalidade do cuidado é competência da APS e colabora para a integralidade e a coordenação da atenção, como um equipamento responsável por ser ordenador dos serviços em saúde e colaborador na construção da Rede de Cuidados. No entanto, garantir essa prática representa ainda hoje um grande desafio no SUS (STARFIELD, 2004).

Dos sujeitos do G.P., 59,1% negaram realizar reagendamento no A/E, já 31,8% afirmaram tê-lo feito, e ainda 9,1% pontuaram o abandono do tratamento. No

G.P., 88,2% NSR informações sobre o assunto, 5,9% declararam abandono e ainda 5,9% mencionaram que houve reagendamento.

Um total de 81,8% dos sujeitos do G.P. negou a busca por outro equipamento de saúde, embora 18,2% pontuaram ter buscado. Entretanto no G.P., 63,6% dos sujeitos NSR nada a respeito, 18,2% negaram e como também 18,2% confirmaram a busca.

A busca pelo reagendamento de uma consulta para continuidade de determinado tratamento, em contrapartida o abandono do próprio tratamento, é uma ação focada na responsabilidade pela saúde, na autonomia, como também no protagonismo quanto ao seu autocuidado. De acordo com a Rede Cegonha, cabe à APS a garantia do atendimento especializado para bebês de alto risco, como também a realização da busca ativa dos faltosos, proposta que vem de encontro com a Política Nacional de Humanização, a qual determina que todo sujeito apresenta corresponsabilidade na produção da gestão e atenção à saúde. Tal fato corrobora para a construção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos envolvidos na questão. A APS, por meio da ESF dentro de cada território, tem por sua vez a função de sensibilizar o sujeito/família para tal e colaborar como instrumento facilitador dessa empreitada (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011d).

Há um número expressivo de 63,6% em ambos os grupos para o atendimento puerperal acima de 30 dias de vida. Nos serviços da APS, os atores responsáveis pelo pré-natal, comumente continuarão acompanhando a família durante a puericultura. Por essa razão, o vínculo entre a equipe de saúde e a família do neonato torna-se primordial para o adequado acompanhamento da criança (DEMOTT *et al.*, 2006; BRASIL, 2011d; BRASIL, 2012b).

No âmbito da Rede Cegonha, determina-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI), que se define como uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades de atenção à saúde do binômio mãe-bebê. Tais ações contribuem para a redução da mortalidade infantil. Durante os primeiros dias, são realizadas ações básicas preconizadas nesta estratégia, tais como a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem de vacinação BCG e de hepatite B e avaliação, a orientação e o apoio ao aleitamento materno. A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Para tal, recomenda-se uma visita

domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Nos casos dos neonatos de alto risco, a mesma deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta (DEMOTT *et al.*, 2006; BRASIL, 2011d; BRASIL, 2012b; CASSIANO *et al.*, 2014).

5.6 Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco

E por fim determinou-se como sendo “Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco”, as perguntas direcionadas aos sujeitos em questão, sobre o conhecimento e a opinião dos mesmos quanto aos serviços prestados pelos equipamentos de saúde da Rede, bem como ele se ocorre na região. A Tabela 5 demonstra que na comparação das respostas entre os grupos profissional e usuário nas questões sobre Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco, somente algumas variáveis apresentaram diferença estatisticamente significativa, indicando uma divergência das respostas entre os dois grupos para estas variáveis: TEMPO DE AIS ENTRE APS E ASS (questionamento acerca do tempo de existência da articulação intrassetorial entre a APS e a ASS na Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco na região), MODO DA AIS ENTRE APS E ASS (questionamento quanto ao modo da articulação intrassetorial entre a APS e a ASS na Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco na região), AIS ENTRE APS E ASS É FUNCIONAL (questionamento sobre a funcionalidade da articulação intrassetorial entre a APS e a ASS na Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco na região), AIS ENTRE APS E ATS É FUNCIONAL (questionamento sobre a funcionalidade da articulação intrassetorial entre a APS e a ATS na Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco na região), CONHECE OS ATRIBUTOS DOS PROFISSIONAIS DA REDE (questionamento acerca do conhecimento quanto aos atributos de cada profissional pertencente à Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco na região), REDE DE CUIDADOS É FUNCIONAL (questionamento sobre a funcionalidade da Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco na região), REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE (questionamento sobre a qualidade da Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco na região).

Tabela 5 - Avaliação das respostas entre os grupos profissional e usuário quanto à Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco

VARIÁVEIS	GRUPOS		
	USUÁRIO	PROFISSIONAL	p
TEM AIS ENTRE APS E ASS	N = 22	N = 10	
Sim	7 (31,8%)	4 (40,0%)	0,904
Não	10 (45,5%)	4 (40,0%)	
NSR	5 (22,7%)	2(20,0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 15	N = 6	
Sim	14 (93,3%)	6 (100,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (6,7%)	0 (0%)	
TEMPO DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 7	N = 4	
> 1 Ano	0 (0%)	3 (75,0%)	0,024
NSR	7 (100,0%)	1 (25,0%)	
MODO DA AIS ENTRE APS E ASS	N = 7	N = 4	
NASF	2 (28,6%)	2 (50,0%)	0,031
NASF/Online	0 (0%)	1 (25,0%)	
NSR	5 (71,4%)	0 (0%)	
Reuniões Periódicas/NASF	0 (0%)	1 (25,0%)	
AIS ENTRE APS E ASSÉ FUNCIONAL	N = 19	N = 7	
Sim	16 (84,2%)	2 (28,6%)	0,009
Não	3 (15,8%)	3 (42,9%)	
NSR	0 (0%)	2 (28,6%)	
AIS ENTRE APS E ASS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 19	N = 6	
Sim	17 (89,5%)	5 (83,3%)	0,137
Não	2 (10,5%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (16,7%)	
TEM AIS ENTRE APS E ATS	N = 22	N = 10	
Sim	1 (4,5%)	0 (0%)	0,145
Não	10 (45,5%)	8 (80,0%)	
NSR	11 (50,0%)	2(20,0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ATS	N = 21	N = 10	> 0,999

Sim	20 (95,2%)	10 (100%)	
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (4,8%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS É FUNCIONAL	N = 9	N = 5	
Sim	7 (77,8%)	0 (0%)	0,003
Não	2 (22,2%)	3 (60,0%)	
NSR	0 (0%)	2 (40,0%)	
AIS ENTRE APS E ATS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 10	N = 4	
Sim	10 (100,0%)	3 (75,0%)	0,286
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (25,0%)	
CONHECE OS ATRIBUTOS DOS PROFISSIONAIS DA REDE	N = 22	N = 10	
Sim	8 (36,4%)	9 (90,0%)	0,007
Não	14 (63,6%)	1 (10,0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS É FUNCIONAL	N = 22	N = 10	
Sim	18 (81,8%)	2 (20,0%)	0,003
Não	3 (13,6%)	5 (50,0%)	
NSR	1 (4,5%)	3 (30,0%)	
REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE	N = 22	N = 10	
Sim	18 (81,8%)	3 (30,0%)	0,003
Não	4 (18,2%)	4 (40,0%)	
NSR	0 (0%)	3 (30,0%)	
REDE DE CUIDADOS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 22	N = 10	
Sim	19 (86,4%)	9 (90,0%)	0,404
Não	2 (9,1%)	0 (0%)	
NSR	1 (4,5%)	1 (10,0%)	

É notável que 100% dos sujeitos do G.U. NSR há quanto tempo se dá a articulação entre a APS e a ASS, contrastando com o G.P., no qual 75% dos sujeitos referiram que há mais de um ano existe a AIS e 25% NSR. Em relação ao modo como ocorre a AIS entre a APS e a ASS, dos sujeitos do G.U., 71,4% deles NSR e

28,6% afirmaram ocorrer por meio da equipe NASF. No entanto, no G.P. 50% mencionaram a equipe NASF como modo, 25% referiram que se dá via NASF/Online e ainda os outros 25% referiram ocorrer por meio de reuniões periódicas com o NASF.

Quanto à funcionalidade da articulação intrassetorial entre a APS e a ASS, 84,2% dos sujeitos do G.U. expuseram que acreditam ser funcional, mas 15,8% disseram que não. No G.P., 42,9% dos sujeitos alegaram não ser funcional, 28,6% NSR e outros 28,6% responderam ser funcional. Agora quando questionados novamente, mas sobre a funcionalidade da AIS entre a APS e a ASS, 77,8% dos sujeitos do G.U. afirmaram a funcionalidade, já 22,2% negaram. Contudo, no G.P. 40% NSR e 60% mencionaram não ser funcional.

Um total de 63,6% dos sujeitos do G.U. referiu não conhecer os atributos dos profissionais pertencentes à Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco e apenas 36,4% afirmaram conhecer. No G.P., 90% dos sujeitos reconheceram que conhecem os atributos e 10% negaram. Em relação à funcionalidade da Rede de Cuidados 81,8% dos sujeitos do G.U. afirmaram ser funcional, 13,6% negaram e ainda 4,5% NSR. No G.P., metade dos sujeitos negou a funcionalidade, 30% NSR e apenas 20% afirmaram ser funcional. Quanto à qualidade da Rede de Cuidados 81,8% dos sujeitos do G.U. declararam ser de qualidade, mas 18,2% negaram tal fato. No G.P., 40% dos sujeitos declararam não ser qualificada, 30% NSR e somente 30% destes reconheceram como sendo de qualidade.

Diante do exposto, sobre o conhecimento das Articulações Intrassetoriais, seu tempo e modo, como também da Rede de Cuidados em si, conforme exposto por ambos os grupos, pontua-se a existência da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Esta Política apresenta um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersectorial, por meio da formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sendo assim, esta tem dentre seus muitos princípios, a intrassetorialidade, que diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas que colaboram para uma prática em saúde integral e equânime. E para tal, a articulação e a cooperação intra e intersectorial, entendidas como

compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor, são necessárias (BRASIL, 2014c).

Portanto, a insistência na prática de um sistema, que mantenha o isolamento dos serviços em níveis de atenção, com dificuldades no processo de comunicação das equipes e profissionais envolvidos, ferindo a continuidade do acompanhamento longitudinal, integral e singular do indivíduo, segmentando seu cuidado na Rede, não deve mais ser aceita. Cabe então o empoderamento da APS, como organizadora dos serviços das Redes de Cuidado em Saúde, de forma a garantir essa prática em saúde, especialmente à saúde materno-infantil (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010b).

A estruturação da Rede implica na pré-disposição de cada serviço em saúde em se rever, realizar um trabalho humanizado, promover a atualização continua dos profissionais das equipes do sistema como um todo, garantir a participação dos gestores locais e regionais, além da própria população, como protagonista de sua saúde, para que se faça valer a prática e dessa forma se atinja uma Rede de Cuidados qualificada e funcional (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010b).

Ressalta-se que 86,4% do G.U. e 90% do G.P. referiram que a Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco tem sim oportunidades de melhoria.

Desde o início do século XX, as ações de saúde pública se debruçaram para a saúde materna e infantil por meio de implantação de diversos programas, os quais contribuíram de forma positiva para tal população. No entanto, os índices de morbimortalidade ainda permanecem altos, enfatizando a necessidade de efetivação das políticas públicas (CASSIANO *et al.*, 2014).

Sabe-se que a Rede de Saúde no território é composta por equipamentos públicos que são organizados de maneira hierarquizada e regionalizada em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Destaca-se a Atenção Básica como coordenadora do cuidado no território, com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, realizando o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Nesse cenário, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência das ações de atenção básica, por meio de apoio às equipes de saúde da família (ESF) na rede de serviços e nos processos de territorialização e regionalização (BRASIL, 2012c ; ALMEIDA e ZANOLLI, 2011; BRASIL, 2014b)

Diante do contexto apresentado no âmbito da saúde Pública Brasileira, o Ministério da Saúde propôs a implantação das Redes de Atenção à Saúde como sendo arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, de forma a buscar a garantia da integralidade do cuidado dos usuários. Nomeadamente, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Cegonha, Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (SILVA e MAGALHÃES JUNIOR, 2008; BRASIL, 2011f; MENDES, 2011; SILVA *et al.*, 2011).

Portanto, a Atenção Básica tem papel fundamental na regulação dos fluxos na Rede de Atenção à Saúde uma vez que realiza e coordena o cuidado de modo compartilhado com os usuários e, se necessário, com outros serviços e pontos de atenção. Por conseguinte, o NASF promove maior articulação e qualificação da Rede de Serviços que compõe o sistema de saúde por fomentar a integração das UBSs com outros serviços de saúde; assumindo assim um papel de articulação entre as equipes de Atenção Básica e os demais serviços de saúde e órgãos de outros setores. Consequentemente, O NASF favorece a organização de fluxos de atenção que facilitem a coordenação e a continuidade do cuidado (CAMPOS, 1999; SILVA e MAGALHÃES JUNIOR, 2008; BRASIL, 2011f; MENDES, 2011; SILVA *et al.*, 2011).

5.7 Associação entre as Variáveis do Grupo Profissional e as Respostas Quanto as Redes de Cuidados do Bebê de Alto Risco (Grupo Profissional)

Não foram encontradas associações das variáveis: categoria profissional, nível socioeconômico, tempo de formação, tempo de pós-graduação, tempo de atuação no SUS no G.P. com nenhuma variável das Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco. Enquanto na avaliação da associação entre a variável tempo de atuação no equipamento com as respostas das Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco, foi encontrada uma associação somente com a variável REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE. No G.U., 100% dos sujeitos apontaram a Rede de Cuidados como sendo de qualidade, no entanto no G.P. 50% dos sujeitos negaram ser uma Rede

qualificada, 37,5% NSR e apenas 12,5% destes relataram que a Rede era qualificada (Tabelas 6, 7, 8, 9, 10 e 11).

Tabela 6 - Avaliação da associação entre a categoria profissional e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional

VARIÁVEIS	CATEGORIA PROFISSIONAL		
	EQUIPE ENFERMAGEM	DE EQUIPE MÉDICA	p
TEM AIS ENTRE APS E ASS	N = 8	N = 2	
Sim	2 (25,0%)	2 (100,0%)	0,107
Não	4 (50,0%)	0 (0%)	
NSR	2 (25,0%)	0 (0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 6	N = 0	
Sim	6 (100,0%)	0 (0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
TEMPO DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 2	N = 2	
> 1 Ano	1 (50,0%)	2 (100,0%)	> 0,999
NSR	1 (50,0%)	0 (0%)	
MODO DA AIS ENTRE APS E ASS	N = 2	N = 2	
NASF	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0,250
NASF/Online	0 (0%)	1 (50,0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
Reuniões Periódicas/NASF	1 (50,0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ASS É FUNCIONAL	N = 5	N = 2	
Sim	1 (20,0%)	1 (50,0%)	0,410
Não	2 (40,0%)	1 (50,0%)	
NSR	2 (40,0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ASS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 4	N = 2	
Sim	3 (75,0%)	2 (100,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (25,0%)	0 (0%)	
TEM AIS ENTRE APS E ATS	N = 8	N = 2	
Sim	0 (0%)	0 (0%)	> 0,999
Não	6 (75,0%)	2 (100,0%)	

NSR	2 (25,0%)	0 (0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ATS	N = 8	N = 2	
Sim	8 (100,0%)	2 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS É FUNCIONAL	N = 4	N = 1	
Sim	0 (0%)	0 (0%)	> 0,999
Não	2 (50,0%)	1 (100,0%)	
NSR	2 (50,0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 3	N = 1	
Sim	2 (66,7%)	1 (100,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (33,3%)	0 (0%)	
CONHECE OS ATRIBUTOS DOS PROFISSIONAIS DA REDE	N = 8	N = 2	
Sim	7 (87,5%)	2 (100,0%)	> 0,999
Não	1 (12,5%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS É FUNCIONAL	N = 8	N = 2	
Sim	2 (25,0%)	0 (0%)	0,194
Não	3 (37,5%)	2 (100,0%)	
NSR	3 (37,5%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE	N = 8	N = 2	
Sim	2 (25,0%)	1 (50,0%)	0,429
Não	3 (37,5%)	1 (50,0%)	
NSR	3 (37,5%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 8	N = 2	
Sim	7 (87,5%)	2 (100,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (12,5%)	0 (0%)	

Destaque que dentre os profissionais da categoria de enfermagem, 50% negaram o conhecimento de AIS entre APS e ASS e 25% NSR nada a respeito,

ainda 75% desta mesma categoria profissional negaram a existência de AIS entre APS e ATS, e outros 25% NSR desta informação.

Tabela 7 - Avaliação da associação entre o nível socioeconômico e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional

VARIÁVEIS	NÍVEL SOCIOECONÔMICO		
	A e B	C, D, E	p
TEM AIS ENTRE APS E ASS	N = 9	N = 1	
Sim	3 (33,3%)	1 (100,0%)	0,367
Não	4 (44,4%)	0 (0%)	
NSR	2 (22,2%)	0 (0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 6	N = 0	
Sim	6 (100,0%)	0 (0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
TEMPO DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 3	N = 1	
> 1 Ano	2 (66,7%)	1 (100,0%)	> 0,999
NSR	1 (33,3%)	0 (0%)	
MODO DA AIS ENTRE APS E ASS	N = 3	N = 1	
NASF	2 (66,7%)	0 (0%)	0,105
NASF/Online	1 (33,3%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
Reuniões Periódicas/NASF	0 (0%)	1 (100,0%)	
AIS ENTRE APS E ASS É FUNCIONAL	N = 6	N = 1	
Sim	2 (33,3%)	0 (0%)	0,382
Não	2 (33,3%)	1 (100,0%)	
NSR	2 (33,3%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ASS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 5	N = 1	
Sim	4 (80,0%)	1 (100,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (20,0%)	0 (0%)	
TEM AIS ENTRE APS E ATS	N = 9	N = 1	
Sim	0 (0%)	0 (0%)	> 0,999
Não	7 (77,8%)	1 (100,0%)	

NSR	2 (22,2%)	0 (0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ATS	N = 9	N = 1	
Sim	9 (100,0%)	1 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS É FUNCIONAL	N = 4	N = 1	
Sim	0 (0%)	0 (0%)	> 0,999
Não	2 (50,0%)	1 (100,0%)	
NSR	2 (50,0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 3	N = 1	
Sim	2 (100,0%)	1 (100,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (0%)	0 (0%)	
CONHECE OS ATRIBUTOS DOS PROFISSIONAIS DA REDE	N = 9	N = 1	
Sim	8 (88,9%)	1 (100,0%)	> 0,999
Não	1 (11,1%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS É FUNCIONAL	N = 9	N = 1	
Sim	2 (22,2%)	0 (0%)	0,473
Não	4 (44,4%)	1 (100,0%)	
NSR	3 (33,3%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE	N = 9	N = 1	
Sim	3 (33,3%)	0 (0%)	0,367
Não	3 (33,3%)	1 (100,0%)	
NSR	3 (33,3%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 9	N = 1	
Sim	8 (88,9%)	1 (100,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (11,1%)	0 (0%)	

No G.P., 9 profissionais pertenciam ao nível A e B e apenas 1 deles ao nível C, D, E. Nesse contexto, pode-se observar que apesar de pertencer à mesma

classe social, dentre os profissionais há uma divergência de opinião em relação à funcionalidade e a qualidade da Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco, no entanto a grande maioria concorda que a mesma tem sim oportunidades de melhoria.

Tabela 8 - Avaliação da associação entre a variável ter pós-graduação e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional

VARIÁVEIS	PÓS		p
	SIM	NÃO	
TEM AIS ENTRE APS E ASS	N = 8	N = 2	
Sim	4 (50,0%)	0 (0%)	0,255
Não	3 (37,5%)	1 (50,0%)	
NSR	1 (12,5%)	1 (50,0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 4	N = 2	
Sim	4 (100,0%)	2 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
TEMPO DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 4	N = 0	
> 1 Ano	3 (75,0%)	0 (0%)	-
NSR	1 (25,0%)	0 (0%)	
MODO DA AIS ENTRE APS E ASS	N = 4	N = 0	
NASF	2 (50,0%)	0 (0%)	-
NASF/Online	1 (25,0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
Reuniões Periódicas/NASF	1 (25,0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ASS É FUNCIONAL	N = 6	N = 1	
Sim	2 (33,3%)	0 (0%)	0,227
Não	3 (50,0%)	0 (0%)	
NSR	1 (16,7%)	1 (100,0%)	
AIS ENTRE APS E ASS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 5	N = 1	
Sim	5 (100,0%)	0 (0%)	0,167
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (100,0%)	
TEM AIS ENTRE APS E ATS	N = 8	N = 2	0,378

Sim	0 (0%)	0 (0%)	
Não	7 (87,5%)	1 (50,0%)	
NSR	1 (12,5%)	1 (50,0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ATS	N = 8	N = 2	
Sim	8 (100,0%)	2 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS É FUNCIONAL	N = 4	N = 1	
Sim	0 (0%)	0 (0%)	0,400
Não	3 (75,0%)	0 (0%)	
NSR	1 (25,0%)	1 (100,0%)	
AIS ENTRE APS E ATS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 3	N = 1	
Sim	3 (100,0%)	0 (0%)	0,250
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (100,0%)	
CONHECE OS ATRIBUTOS DOS PROFISSIONAIS DA REDE	N = 8	N = 2	
Sim	8 (100%)	1 (50,0%)	0,200
Não	0 (0%)	1 (50,0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS É FUNCIONAL	N = 8	N = 2	
Sim	2 (25,0%)	0 (0%)	0,553
Não	4 (50,0%)	1 (50,0%)	
NSR	2 (25,0%)	1 (50,0%)	
REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE	N = 8	N = 2	
Sim	3 (37,5%)	0 (0%)	0,429
Não	3 (37,5%)	1 (50,0%)	
NSR	2 (25,0%)	1 (50,0%)	
REDE DE CUIDADOS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 8	N = 2	
Sim	7 (87,5%)	2 (100,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (12,5%)	0 (0%)	

Dentre os 10 profissionais participante da pesquisa, 8 deles apresentavam pós graduação e apenas 2 não. No entanto, mesmo com a pós-graduação, a grande maioria deste grupo não soube referir informações sobre a existência de ações intrassetoriais, ou ainda sobre seu modo e há quanto tempo ocorre na Rede.

Tabela 9 - Avaliação da associação entre a variável tempo de pós-graduação e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional

VARIÁVEIS	TEMPO DE PÓS		p
	ATÉ 5ANOS	> 5 ANOS	
TEM AIS ENTRE APS E ASS	N = 4	N = 4	
Sim	2 (50,0%)	2 (50,0%)	0,422
Não	1 (25,0%)	2 (50,0%)	
NSR	1 (25,0%)	0 (0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 2	N = 2	
Sim	2 (100,0%)	2 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
TEMPO DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 2	N = 2	
> 1 Ano	2 (100,0%)	1 (50,0%)	> 0,999
NSR	0 (0%)	1 (50,0%)	
MODO DA AIS ENTRE APS E ASS	N = 2	N = 2	
NASF	0 (0%)	2 (100,0%)	0,063
NASF/Online	1 (50,0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
Reuniões Periódicas/NASF	1 (50,0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ASS É FUNCIONAL	N = 3	N = 3	
Sim	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0,422
Não	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
NSR	1 (33,3%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ASS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 2	N = 3	
Sim	2 (100,0%)	3 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
TEM AIS ENTRE APS E ATS	N = 4	N = 4	> 0,999

Sim	0 (0%)	0 (0%)	
Não	3 (75,0%)	4 (100,0%)	
NSR	1 (25,0%)	0 (0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ATS	N = 4	N = 4	
Sim	4 (100,0%)	4 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS É FUNCIONAL	N = 2	N = 2	
Sim	0 (0%)	0 (0%)	> 0,999
Não	1 (50,0%)	2 (100,0%)	
NSR	1 (50,0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 1	N = 2	
Sim	1 (100,0%)	2 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
CONHECE OS ATRIBUTOS DOS PROFISSIONAIS DA REDE	N = 4	N = 4	
Sim	4 (100,0%)	4 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS É FUNCIONAL	N = 4	N = 4	
Sim	1 (25,0%)	1 (25,0%)	> 0,999
Não	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
NSR	1 (25,0%)	1 (25,0%)	
REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE	N = 4	N = 4	
Sim	2 (50,0%)	1 (25,0%)	0,712
Não	1 (25,0%)	2 (50,0%)	
NSR	1 (25,0%)	1 (25,0%)	
REDE DE CUIDADOS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 4	N = 4	
Sim	4 (100,0%)	3 (75,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (25,0%)	

Em meio a esse grupo de profissionais que apresentava pós-graduação, metade deles havia concluído a pós há mais de 5 anos e a outra metade há menos de 5 anos, no entanto ambos tiveram respostas semelhantes em relação à Rede, demonstrando que o tempo de pós graduação não está direta e exclusivamente relacionado ao conhecimento da Rede.

Tabela 10 - Avaliação da associação entre a variável tempo de formação e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional

VARIÁVEIS	TEMPO DE FORMAÇÃO		p
	ATÉ 11 ANOS	> 11 ANOS	
TEM AIS ENTRE APS E ASS	N = 6	N = 4	
Sim	1 (16,7%)	3 (75,0%)	0,107
Não	3 (50,0%)	1 (25,0%)	
NSR	2 (33,3%)	0 (0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 5	N = 1	
Sim	5 (100,0%)	1 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
TEMPO DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 1	N = 3	
> 1 Ano	1 (100,0%)	2 (66,7%)	> 0,999
NSR	0 (0%)	1 (33,3%)	
MODO DA AIS ENTRE APS E ASS	N = 1	N = 3	
NASF	0 (0%)	2 (66,7%)	0,105
NASF/Online	1 (100,0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
Reuniões Periódicas/NASF	0 (0%)	1 (33,3%)	
AIS ENTRE APS E ASS É FUNCIONAL	N = 4	N = 3	
Sim	1 (25,0%)	1 (33,3%)	0,227
Não	1 (25,0%)	2 (66,7%)	
NSR	2 (50,0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ASS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 3	N = 3	
Sim	2 (66,7%)	3 (100,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	

NSR	1 (33,3%)	0 (0%)	
TEM AIS ENTRE APS E ATS	N = 6	N = 4	
Sim	0 (0%)	0 (0%)	0,467
Não	4 (66,7%)	4 (100,0%)	
NSR	2 (33,3%)	0 (0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ATS	N = 6	N = 4	
Sim	6 (100,0%)	4 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS É FUNCIONAL	N = 3	N = 2	
Sim	0 (0%)	0 (0%)	0,400
Não	1 (33,3%)	2 (100,0%)	
NSR	2 (66,7%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 22	N = 2	
Sim	1 (50,0%)	2 (100,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (50,0%)	0 (0%)	
CONHECE OS ATRIBUTOS DOS PROFISSIONAIS DA REDE	N = 6	N = 4	
Sim	5 (83,3%)	4 (100,0%)	> 0,999
Não	1 (16,7%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS É FUNCIONAL	N = 6	N = 4	
Sim	1 (16,7%)	1 (25,0%)	0,933
Não	3 (50,0%)	2 (50,0%)	
NSR	2 (33,3%)	1 (25,0%)	
REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE	N = 6	N = 4	
Sim	2 (33,3%)	1 (25,0%)	0,871
Não	2 (33,3%)	2 (50,0%)	
NSR	2 (33,3%)	1 (25,0%)	
REDE DE CUIDADOS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 6	N = 4	
Sim	6 (100,0%)	3 (75,0%)	0,400
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (25,0%)	

No grupo profissionais, 6 deles haviam se formado há até 11 anos e 4 destes há mais de 11 anos. Pode-se observar que o tempo de graduação interferiu nas respostas apresentadas, como por exemplo, no conhecimento sobre AIS entre APS e ASS, o grupo que havia concluído a graduação há mais tempo obteve 75% de resposta positiva, enquanto o grupo de menor tempo apenas 16% soube referir sobre a existência deste trabalho na Rede. O mesmo se observa quanto ao questionamento sobre AIS entre APS e ATS.

Tabela 11 - Avaliação da associação entre a variável tempo de atuação no SUS e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional

VARIÁVEIS	TEMPO DE SUS		p
	ATÉ 5 ANOS	> 5 ANOS	
TEM AIS ENTRE APS E ASS	N = 5	N = 5	
Sim	1 (20,0%)	3 (60,0%)	0,184
Não	2 (40,0%)	2 (40,0%)	
NSR	2 (40,0%)	0 (0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 4	N = 2	
Sim	4 (100,0%)	2 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
TEMPO DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 1	N = 3	
> 1 Ano	1 (100,0%)	2 (66,7%)	> 0,999
NSR	0 (0%)	1 (33,3%)	
MODO DA AIS ENTRE APS E ASS	N = 1	N = 3	
NASF	0 (0%)	2 (66,7%)	0,105
NASF/Online	1 (100,0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
Reuniões Periódicas/NASF	0 (0%)	1 (33,3%)	
AIS ENTRE APS E ASS É FUNCIONAL	N = 4	N = 3	
Sim	1 (25,0%)	1 (33,3%)	0,227
Não	1 (25,0%)	2 (66,7%)	
NSR	2 (50,0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ASS TEM	N = 3	N = 3	> 0,999

OPORTUNIDADES DE MELHORIA			
Sim	2 (66,7%)	3 (100,0%)	
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (33,3%)	0 (0%)	
TEM AIS ENTRE APS E ATS	N = 5	N = 5	
Sim	0 (0%)	0 (0%)	0,444
Não	3 (60,0%)	5 (100,0%)	
NSR	2 (40,0%)	0 (0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ATS	N = 5	N = 5	
Sim	5 (100,0%)	5 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS É FUNCIONAL	N = 3	N = 2	
Sim	0 (0%)	0 (0%)	0,400
Não	1 (50,0%)	2 (100,0%)	
NSR	2 (50,0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 2	N = 2	
Sim	1 (50,0%)	2 (100,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (50,0%)	0 (0%)	
CONHECE OS ATRIBUTOS DOS PROFISSIONAIS DA REDE	N = 5	N = 5	
Sim	4 (80,0%)	5 (100,0%)	> 0,999
Não	1 (20,0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS É FUNCIONAL	N = 5	N = 5	
Sim	1 (20,0%)	1 (20,0%)	0,763
Não	2 (40,0%)	3 (60,0%)	
NSR	2 (40,0%)	1 (20,0%)	
REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE	N = 5	N = 5	
Sim	2 (40,0%)	1 (20,0%)	0,422
Não	1 (20,0%)	3 (60,0%)	
NSR	2 (40,0%)	1 (20,0%)	
REDE DE CUIDADOS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 5	N = 5	> 0,999

Sim	5 (100,0%)	4 (80,0%)	
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (20,0%)	

Dos 10 profissionais entrevistados, metade atuava no SUS por até 5 anos e a outra metade há mais de 5 anos. Há divergência entre as respostas em relação Rede de Cuidados, como por exemplo, pode-se observar no questionamento feito acerca da existência ou não de AIS entre APS e ASS. Assim como na existência da AIS entre APS e ATS, como também em relação à qualidade e à funcionalidade da Rede.

Na avaliação da associação entre a variável tempo de atuação no equipamento com as respostas sobre a Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco, foi encontrada uma associação somente com a variável REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE (questionamento sobre a qualidade da Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco na região) (Tabela 12).

Tabela 12 - Avaliação da associação entre a variável tempo de atuação no equipamento e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo profissional

VARIÁVEIS	TEMPO DE EQUIPAMENTO		
	ATÉ 1 ANO	> 1 ANO	p
TEM AIS ENTRE APS E ASS	N = 2	N = 8	
Sim	1 (50,0%)	3 (37,5%)	0,603
Não	1 (50,0%)	3 (37,5%)	
NSR	0 (0%)	2 (25,0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 1	N = 5	
Sim	1 (100,0%)	5 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
TEMPO DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 1	N = 3	
> 1 Ano	1 (100,0%)	2 (66,7%)	> 0,999
NSR	0 (0%)	1 (33,3%)	
MODO DA AIS ENTRE APS E ASS	N = 1	N = 3	0,105

NASF	0 (0%)	2 (66,7%)	
NASF/Online	1 (100,0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
Reuniões Periódicas/NASF	0 (0%)	1 (33,3%)	
AIS ENTRE APS E ASS É FUNCIONAL	N = 1	N = 6	
Sim	1 (100,0%)	1 (16,7%)	0,227
Não	0 (0%)	3 (50,0%)	
NSR	0 (0%)	2 (33,3%)	
AIS ENTRE APS E ASS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 1	N = 5	
Sim	1 (100,0%)	4 (80,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (20,0%)	
TEM AIS ENTRE APS E ATS	N = 2	N = 8	
Sim	0 (0%)	0 (0%)	> 0,999
Não	2 (100,0%)	6 (75,0%)	
NSR	0 (0%)	2 (25,0%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ATS	N = 2	N = 8	
Sim	2 (100,0%)	8 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS É FUNCIONAL	N = 0	N = 5	
Sim	0 (0%)	0 (0%)	-
Não	0 (0%)	3 (60,0%)	
NSR	0 (0%)	2 (40,0%)	
AIS ENTRE APS E ATS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 0	N = 4	
Sim	0 (0%)	3 (75,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (25,0%)	
CONHECE OS ATRIBUTOS DOS PROFISSIONAIS DA REDE	N = 2	N = 8	
Sim	2 (100,0%)	7 (87,5%)	> 0,999
Não	0 (0%)	1 (12,5%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS É FUNCIONAL	N = 2	N = 8	0,328

Sim	1 (50,0%)	1 (12,5%)	
Não	1 (50,0%)	4 (50,0%)	
NSR	0 (0%)	3 (37,5%)	
REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE	N = 2	N = 8	
Sim	2 (100,0%)	1 (12,5%)	0,045
Não	0 (0%)	4 (50,0%)	
NSR	0 (0%)	3 (37,5%)	
REDE DE CUIDADOS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 2	N = 8	
Sim	2 (100,0%)	7 (87,5%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (12,5%)	

Dos 10 entrevistados pertencente ao G.P., 2 atuavam há menos de 1 ano no equipamento de saúde, no qual se deu a pesquisa enquanto 8 trabalhavam no mesmo há mais de 1 ano.

Considera-se que a rotatividade dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado em saúde compromete o seu vínculo com a comunidade e consequentemente com a qualidade da assistência oferecida. Ao mesmo tempo, as mudanças constantes dos trabalhadores na equipe sobrecarregam os demais atores que permanecem no equipamento, pois exige o treinamento de novos profissionais, com despendimento de tempo, aumento de custos e fragilização dos processos de trabalho (GIRARDI *et al.*, 2010).

Contrapondo-se à grande rotatividade dos profissionais, acredita-se que um tempo duradouro de atuação no equipamento de saúde alicerça o profissional para um conhecimento amplo do sistema e de seu funcionamento, possibilitando ao mesmo a identificação das suas fragilidades e potências, como também assegurando um trabalho em equipe mais qualificado.

5.8 Associação entre as Variáveis do Grupo Usuários e as Respostas Quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco

Não foi encontrada associação da variável escolaridade materna com nenhuma variável da Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco (Tabela 13).

Tabela 13 - Avaliação da associação entre a variável escolaridade materna e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo usuário

VARIÁVEIS	ESCOLARIDADE MATERNA		p
	ANALFABETO, FUND. I COMPLETO E FUND. II INCOMPLETO	FUND. COMPLETO, MÉDIO SUPERIOR	
TEM AIS ENTRE APS E ASS	N = 5	N = 17	
Sim	1 (20,0%)	6 (35,3%)	0,100
Não	1 (20,0%)	9 (52,9%)	
NSR	3 (60,0%)	2 (11,8%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 4	N = 11	
Sim	4 (100,0%)	10 (90,9%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (9,1%)	
TEMPO DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 1	N = 6	
> 1 Ano	0 (0%)	0 (0%)	-
NSR	1 (100,0%)	6 (100,0%)	
MODO DA AIS ENTRE APS E ASS	N = 1	N = 6	
NASF	0 (0%)	2 (33,3%)	> 0,999
NASF/Online	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	1 (100,0%)	0 (0%)	
Reuniões Periódicas/NASF	0 (0%)	4 (66,7%)	
AIS ENTRE APS E ASS É FUNCIONAL	N = 5	N = 14	
Sim	5 (100,0%)	11 (78,6%)	0,530
Não	0 (0%)	3 (21,4%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	

AIS ENTRE APS E ASS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 5	N = 14	
Sim	4 (80,0%)	13 (92,9%)	0,468
Não	1 (20,0%)	1 (7,1%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
TEM AIS ENTRE APS E ATS	N = 5	N = 17	
Sim	0 (0%)	1 (5,9%)	0,264
Não	1 (20,0%)	9 (52,9%)	
NSR	4 (80,0%)	7 (41,2%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ATS	N = 5	N = 16	
Sim	5 (100,0%)	15 (93,8%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (6,3%)	
AIS ENTRE APS E ATS É FUNCIONAL	N = 3	N = 6	
Sim	3 (100,0%)	4 (66,7%)	0,500
Não	0 (0%)	2 (33,3%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 3	N = 7	
Sim	3 (100,0%)	7 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
CONHECE OS ATRIBUTOS DOS PROFISSIONAIS DA REDE	N = 5	N = 17	
Sim	1 (20,0%)	7 (41,2%)	0,613
Não	4 (80,0%)	10 (58,8%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS É FUNCIONAL	N = 5	N = 17	
Sim	5 (100,0%)	13 (76,5%)	0,315
Não	0 (0%)	3 (17,6%)	
NSR	0 (0%)	1 (5,9%)	
REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE	N = 5	N = 17	
Sim	4 (80,0%)	14 (82,4%)	> 0,999
Não	1 (20,0%)	3 (17,6%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	

REDE DE CUIDADOS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 5	N = 17	
Sim	4 (80,0%)	15 (88,2%)	0,535
Não	1 (20,0%)	1 (5,9%)	
NSR	0 (0%)	1 (5,9%)	

Na avaliação da associação entre a variável nível socioeconômico com as respostas sobre a Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco, foi encontrada uma associação somente com a variável TEM AIS ENTRE APS E ASS (questionamento sobre conhecimento da existência ou não de articulação intrassetorial entre a APS e a ASS) (Tabela 14).

Tabela 14 - Avaliação da associação entre a variável nível socioeconômico e as respostas quanto as Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco – grupo usuário

VARIÁVEIS	NÍVEL SOCIOECONÔMICO		p
	A e B	C, D, E	
TEM AIS ENTRE APS E ASS	N = 3	N = 19	0,019
Sim	3 (100,0%)	4 (21,1%)	
Não	0 (0%)	10 (52,6%)	
NSR	0 (0%)	5 (26,3%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 0	N = 15	-
Sim	0 (0%)	14 (93,3%)	
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (6,7%)	
TEMPO DE AIS ENTRE APS E ASS	N = 3	N = 4	-
> 1 Ano	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	3 (100,0%)	4 (100,0%)	
MODO DA AIS ENTRE APS E ASS	N = 3	N = 4	> 0,999
NASF	1 (33,3%)	1 (25,0%)	
NASF/Online	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	2 (66,7%)	3 (75,0%)	
Reuniões Periódicas/NASF	0 (0%)	0 (0%)	

AIS ENTRE APS E ASS É FUNCIONAL	N = 3	N = 16	
Sim	3 (100,0%)	13 (81,3%)	> 0,999
Não	0 (0%)	3 (18,8%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ASS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 3	N = 16	
Sim	3 (100,0%)	14 (87,5%)	> 0,999
Não	0 (0%)	2 (12,5%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
TEM AIS ENTRE APS E ATS	N = 3	N = 19	
Sim	1 (33,3%)	0 (0%)	0,115
Não	1 (33,3%)	9 (47,4%)	
NSR	1 (33,3%)	10 (52,6%)	
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ATS	N = 2	N = 19	
Sim	2 (100,0%)	18 (94,7%)	> 0,999
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	1 (5,3%)	
AIS ENTRE APS E ATS É FUNCIONAL	N = 10	N = 8	
Sim	1 (100,0%)	6 (75,0%)	> 0,999
Não	0 (0%)	2 (25,0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
AIS ENTRE APS E ATS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 1	N = 9	
Sim	1 (100,0%)	9 (100,0%)	-
Não	0 (0%)	0 (0%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
CONHECE OS ATRIBUTOS DOS PROFISSIONAIS DA REDE	N = 3	N = 19	
Sim	2 (66,7%)	6 (31,6%)	0,527
Não	1 (33,3%)	13 (68,4%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS É FUNCIONAL	N = 3	N = 19	
Sim	3 (100,0%)	15 (78,9%)	0,521
Não	0 (0%)	3 (15,8%)	
NSR	0 (0%)	1 (5,3%)	

REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE	N = 3	N = 19	
Sim	3 (100,0%)	15 (78,9%)	> 0,999
Não	0 (0%)	4 (21,1%)	
NSR	0 (0%)	0 (0%)	
REDE DE CUIDADOS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	N = 3	N = 19	
Sim	3 (100,0%)	16 (84,2%)	0,621
Não	0 (0%)	2 (10,5%)	
NSR	0 (0%)	1 (5,3%)	

No G.U., não foi encontrada associação da variável escolaridade materna com nenhuma variável das Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco. Já na avaliação da associação entre a variável nível socioeconômico com as respostas das Redes de Cuidados de Bebê de Alto Risco, foi encontrada uma associação somente com a variável tem AIS ENTRE APS E ASS. No G.U., 100% dos sujeitos relataram ter sim articulação entre APS e a ASS, contrapondo-se ao G.P., no qual 52,6% dos sujeitos negaram ter conhecimento sobre a AIS entre a APS e a ASS, 26,3% NSR nada a respeito desta informação e apenas 21,1% afirmaram haver a articulação. Ao observar os resultados pode-se verificar que os sujeitos pertencentes à classe econômica menos favorável são mais suscetíveis à menor possibilidade de conhecimento, bem como de estudo acerca de seus direitos e deveres, diminuindo assim seu desempenho na luta e na construção por um SUS com equidade, universal e integral.

Acredita-se que a saúde dos indivíduos tem relação direta com as suas características socioeconômicas, pois afetam a vida do sujeito como um todo, expondo-o a contextos geradores de doenças, evidenciando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde (FLEURY, 2007; PINHEIRO *et al.*, 2008).

Nesse contexto, a APS apresenta-se como contribuinte na articulação com outros setores, como por exemplo, a educação. De forma a colaborar e aprimorar o acesso à mesma, bem como promover as estratégias para obtenção de renda, melhorias no saneamento básico, entre outros, exercendo assim uma de suas diretrizes, a intersetorialidade (AGUIAR e MOURA, 2012).

Na APS, cabe à ESF, humanizar o cuidado em saúde, uma vez que integrando o saber técnico ao saber popular pode-se melhorar o direcionamento das ações em saúde, intervindo de forma mais efetiva, empoderando a população quanto ao processo de autocuidado, proporcionando melhoria na qualidade de vida dos indivíduos e de seus familiares. Sendo assim, vale ressaltar a importância de se adaptar o conhecimento técnico-científico à singularidade do indivíduo, respeitando a situação socioeconômica e educacional do sujeito (ALVES, 2005).

O processo de empoderamento trata-se de uma ferramenta para população no âmbito de sua saúde para a corresponsabilização no seu cuidado. Esse processo favorece a conquista de soluções alternativas para os problemas, definindo prioridades, bem como participando ativamente na elaboração de estratégias de implementação de programas e políticas públicas em saúde para o território, exercendo a participação popular conforme previsto pelo SUS. Favorece ainda, a aquisição de competência para o agir político, em favor da melhoria da sua própria qualidade de vida e dos demais (LOBATO, 2006).

5.9 Teste de Concordância entre os Grupos da Pesquisa - Início do Fluxo/Período Pré-Natal

Na avaliação da concordância entre os grupos profissional e usuário, as únicas variáveis que apresentaram concordância estatisticamente significativa (pequena concordância) foram: QUAL RISCO (questionamento sobre qual risco apresentado que determinou a gestação como sendo de alto risco) e MODO DE ENCAMINHAMENTO AO PNR (questionamento sobre o modo como se deu o encaminhamento ao pré-natal de alto risco). Essa concordância foi relativa às respostas das perguntas do início fluxo/período pré-natal (Tabela 15).

Tabela 15 - Teste de concordância entre os grupos profissional e usuários quanto às respostas das perguntas do início fluxo/período pré-natal

VARIÁVEIS		
	KAPPA	p
TEM VÍNCULO NA UBS	0,231	0,076
VÍNCULO A QUAL PROFISSIONAL	0,143	0,440

CONHECE EQUIPE NASF	0,083	0,353
QUAL PROFISSIONAL NASF	0,333	0,157
HOUVE GRAVIDEZ DE ALTO RISCO	0,182	0,293
QUAL RISCO	0,125	0,008
QUAL TRIMESTRE DA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO	-0,250	0,409
ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (PNR)	-	-
LOCAL DO PNR	-	-
MODO DE ENCAMINHAMENTO AO PNR	0,333	0,046
PROFISSIONAL QUE ENCAMINHOU AO PNR	-0,091	0,728
ADESÃO AO PNR	-	-
CONTINUAÇÃO AO PRÉ-NATAL NA UBS (PNUBS)	0,049	0,742

Tais dados demonstram que o G.U. e o G.P. relataram informações discrepantes em relação ao risco gestacional e ou fetal bem como do modo de encaminhamento ao PNR. Sabe-se que a equipe da APS, responsável pela família, por ser ordenadora dos serviços, e com o objetivo de redução da morbimortalidade materno-infantil deveria identificar os fatores de alto risco gestacional o mais precocemente possível e para tal, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2012b). Quanto ao modo de encaminhamento espera-se que não haja discordância, pois todos os encaminhamentos ao PNR devem ser via referência e contrarreferência, conforme preconizado pela Rede Cegonha e pela PNH. Fato esse que demonstra ainda a fragilidade da Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco no SUS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011d).

5.10 Teste de Concordância entre os Grupos da Pesquisa – Meio do Fluxo/Período Neonatal

Na avaliação de concordância entre os grupos profissional e usuário, duas variáveis apresentaram pequena concordância: HOUVE INTERNAÇÃO (questionamento sobre a existência de internação hospitalar em função de agravo no parto ou se recebeu alta conforme protocolo) e QUAL INTERCORRÊNCIA (questionamento quanto à existência ou não de alguma intercorrência neonatal). E as variáveis que apresentaram boa concordância foram: TIPO DE PARTO (questionamento quanto ao tipo de parto ocorrido) e IDADE GESTACIONAL

(questionamento acerca da idade gestacional no momento do parto) e apenas uma variável apresentou excelente concordância: QUAL HOSPITAL DO PARTO (questionamento quanto ao hospital que ocorreu o parto). Todas essas concordâncias foram estatisticamente significantes e relativas às respostas das perguntas do meio do fluxo/período neonatal (Tabela 16).

Tabela 16 - Teste de concordância entre os grupos profissional e usuários quanto às respostas das perguntas do meio do fluxo período neonatal

VARIÁVEIS		
	KAPPA	p
QUAL HOSPITAL DO PARTO	1,000	< 0,001
TIPO DE PARTO	0,781	< 0,001
IDADE GESTACIONAL	0,761	< 0,001
HOUE INTERNAÇÃO	0,267	0,002
ALA DE INTERNAÇÃO	-0,004	0,943
TEMPO DE INTERNAÇÃO	0,130	0,249
HOUE INTERCORRÊNCIA	0	> 0,999
QUAL INTERCORRÊNCIA	0,147	0,009
VIA DE COMUNICAÇÃO SOBRE NASCIMENTO	0,069	0,455

Informações como o tipo de parto, a idade gestacional e em qual hospital ocorreu o parto apresentaram pequena discordância, mas acerca de questões relacionadas à internação em si, bem como quanto à intercorrências neonatais e/ou maternas, houve pequena concordância entre os grupos. Conforme preconizado pela PNH e a Rede Cegonha cabe à equipe de âmbito hospitalar enviar à APS, formalmente por contrarreferência, toda e qualquer informação acerca do parto e nascimento, para que a continuidade dos trabalhos pela saúde materno-infantil ocorra de forma alinhada e harmônica. Ambos os níveis de saúde são responsáveis pela garantia do fluxo e da comunicação objetiva e eficaz, evitando agravos e promovendo saúde, organizando dessa forma os serviços de saúde enquanto numa rede de atenção à saúde (RAS) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011d; BRASIL, 2012b).

5.11 Teste de Concordância entre os Grupos da Pesquisa – Fim do Fluxo/Período Pós-Natal

Na avaliação de concordância entre os grupos profissional e usuário, as três variáveis abaixo apresentaram pequena concordância: 1º ATENDIMENTO PUERPERAL (questionamento em relação ao período que ocorreu o primeiro atendimento puerperal), QUAL EQUIPAMENTO NA ASS (questionamento em relação qual equipamento de saúde foi feito o encaminhamento), HOUVE BUSCA POR OUTRO EQUIPAMENTO DE SAÚDE (questionamento quanto à busca ou não por atendimento em outro serviço de saúde). Houve duas variáveis com concordância regular: QUEM REALIZOU O ENCAMINHAMENTO (questionamento sobre o responsável pelo encaminhamento à ASS pós-alta hospitalar) e HOUVE CIÊNCIA DA ESF (questionamento em relação ao conhecimento da ESF quanto ao encaminhamento ou não para o ambulatório de especialidades). E apenas uma variável apresentou concordância excelente: VIA AGENDAMENTO (questionamento a respeito da via de acesso para o agendamento de consulta no ambulatório de especialidades). Todas essas concordâncias foram estatisticamente significantes. Essas concordâncias foram relativas às respostas das perguntas do fim do fluxo período pós-natal (Tabela 17).

Tabela 17 - Teste de concordância entre os grupos profissional e usuários quanto às respostas das perguntas do fim do fluxo período pós-natal

VARIÁVEIS		
	KAPPA	p
1º ATENDIMENTO PUERPERAL	0,290	0,027
ONDE SE DEU O ACOMPANHAMENTO PUERPERAL	-0,018	0,825
HOUVE ENCAMINHAMENTO À ASS	0,209	0,069
QUAL EQUIPAMENTO NA ASS	0,368	0,022
MODO DO ENCAMINHAMENTO	-0,091	0,453
OUTRO ENCAMINHAMENTO À ASS	-	-
QUEM REALIZOU O ENCAMINHAMENTO	0,429	0,046
QUAL EQUIPAMENTO NA ASS	-	-
VIA AGENDAMENTO	1,000	0,006
HOUVE CIÊNCIA DA ESF	0,459	0,008

MODO DA CIÊNCIA	0,187	0,206
CIÊNCIA DA DURAÇÃO DO ATENDIMENTO NO A/E	0,124	0,401
MODO DA CIÊNCIA DA ESF	-	-
DURAÇÃO DO ATENDIMENTO	0	> 0,999
CIÊNCIA DO COMPARECIMENTO OU FALTA NO A/E	0,104	0,407
MODO DA CIÊNCIA DA ESF (2)	0,074	0,707
COMPARECIMENTO NO 1º AT NO A/E	-	-
HOVE OUTRA FALTA	0,048	0,178
RAZÕES DA FALTA	-	-
HOVE SENSIBILIZAÇÃO PELA ESF PARA ADESAO	0	> 0,999
HOVE REAGENDAMENTO PARA O A/E	0,035	0,257
ESF AUXILIOU NO REAGENDAMENTO	-	-
MODO DE AUXÍLIO	-	-
HOVE BUSCA POR OUTRO EQUIPAMENTO DE SAÚDE	0,162	0,006
QUAL EQUIPAMENTO	0,4	0,083

A variável primeiro atendimento puerperal apresentou pequena concordância entre os grupos. Sabe-se que a atenção à saúde materno-infantil é complexa e requer cuidados em todas as etapas do processo, no período pré-natal, neonatal e pós-natal; sendo assim nas primeiras semanas pós-parto o atendimento deve ser o criterioso no âmbito hospitalar, como também na APS. Aconselha-se que a visita domiciliar seja feita na primeira semana após a alta hospitalar e, no caso do neonato de alto risco, a visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta. E, ainda quando necessário for, em casos de absenteísmos, o agente comunitário de saúde pode recorrer à busca ativa pela família (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011d; BRASIL, 2012b).

De acordo com os dados apresentados pelas demais variáveis verificam-se ainda as fragilidades da Rede de Cuidado. A Unidade Básica De Saúde deve ser a porta de entrada do SUS, como também é o ponto de atenção na Rede para que haja acompanhamento longitudinal e continuado, durante toda a gravidez, sendo ela de alto risco ou não, bem como no puerpério, sendo ele de alto risco ou não. Portanto, cabe à APS organizar as ações de cuidado em saúde de forma integral conjuntamente com outros pontos de atenção, para que possa contribuir com a

saúde materno-infantil (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011d; BRASIL, 2012b).

Diante disso, as equipes da APS são responsáveis pela coordenação do cuidado, mesmo quando o binômio mãe-bebê necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde. E para tal, o fluxo de informações entre os serviços de saúde no sistema de referência e contrarreferência, deve ser garantido (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011d; BRASIL, 2012b).

5.12 Teste de Concordância entre os Grupos da Pesquisa – Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco

Na avaliação de concordância entre os grupos profissional e usuário, relativa às respostas das perguntas de Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco, nenhuma variável apresentou concordância estatisticamente significativa (Tabela 18).

Tabela 18 - Teste de concordância entre os grupos profissional e usuários quanto às respostas das perguntas de Redes de Cuidados ao Bebê de Alto Risco

VARIÁVEIS		
	KAPPA	p
TEM AIS ENTRE APS E ASS	0,089	0,554
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ASS	-	-
TEMPO DE AIS ENTRE APS E ASS	-	-
MODO DA AIS ENTRE APS E ASS	-	-
AIS ENTRE APS E ASS É FUNCIONAL	0	> 0,999
AIS ENTRE APS E ASS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	-0,050	0,672
TEM AIS ENTRE APS E ATS	-0,015	0,918
HÁ NECESSIDADE DE AIS ENTRE APS E ATS	-	-
AIS ENTRE APS E ATS É FUNCIONAL	-0,077	0,346
AIS ENTRE APS E ATS TEM OPORTUNIDADES DE MELHORIA	-	-
CONHECE OS ATRIBUTOS DOS PROFISSIONAIS DA REDE	-0,041	0,674
REDE DE CUIDADOS É FUNCIONAL	0,046	0,658
REDE DE CUIDADOS É DE QUALIDADE	0,09	0,457

REDE DE CUIDADOS OPORTUNIDADES DE MELHORIA	TEM	-0,048	0,704
---	-----	--------	-------

6. Considerações Finais

Neste estudo adotou-se a abordagem quantitativa, acreditando ser a mais próxima do objetivo da investigação, possibilitando a obtenção e a compreensão dos dados trazidos pelos sujeitos envolvidos na pesquisa.

As políticas públicas de saúde brasileiras ao longo das décadas desempenham papel relevante no empoderamento do autocuidado dos sujeitos, de suas famílias, bem como no exercício das funções dos profissionais em saúde envolvidos neste contexto. Portanto, compreender como ocorre o funcionamento de uma Rede de Cuidado, assim como os processos construídos nela, com suas fragilidades e potências, torna-se uma grande riqueza, pois permite a identificação de uma gama de possibilidades de atuações e intervenções acerca de dada população.

Sendo assim nesta pesquisa, pode-se caracterizar a articulação dos diferentes pontos de cuidado da Rede de Serviços da Região Oeste no município de São Paulo, com a APS como ordenadora e integradora do cuidado ao bebê de alto risco. Bem como, pode-se mapear o fluxo deste cuidado, além de identificar, comparar e analisar a percepção de usuários/famíliares e profissionais em relação ao funcionamento da Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco.

O estudo foi limitado no sentido da amostra reduzida de sujeitos, primeiramente por dificuldades para o início da coleta de dados em si, em função da burocratização e trâmites das autorizações advindas de diversas instâncias, logo após, a dificuldade decorrente do processo de convocação e aceite de participação desta pesquisa pela própria população assistida, e posteriormente pelo processo de transição sofrido entre os parceiros/Organizações Sociais, consequentemente dos recursos humanos e até mesmo o âmbito gerencial.

Em função do número amostral, é preciso cautela ao generalizar os resultados obtidos neste estudo. Além disso, é fundamental esclarecer que a compreensão da Rede de Cuidados e suas características, por sua vez tão complexa, não podem ser reduzidas à aplicação dos instrumentos aqui dispostos.

Esta pesquisa contribui com dados acerca da caracterização, desempenho e funcionamento da Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco, apenas em território específico, dentro do município de São Paulo. E sendo assim, evidencia a importância da investigação e acompanhamento da Rede de Cuidados de modo mais amplo, por tratar-se de uma questão de saúde pública e coletiva, para que dessa forma, a prática se concretize de modo efetivo e qualificado respeitando as peculiaridades de cada território.

Nesse contexto, acredita-se que o maior desafio fique por conta da cobertura total do território pelas equipes de estratégia de saúde da família, com redução do número de famílias assistidas por equipe, paralelamente à ampliação de equipes NASF, à solidificação das parcerias com as Instituições de ensino superior garantindo uma formação profissional diferenciada. Ressalta-se ainda a capacitação e atualização profissional por meio de educação permanente para todos os atores envolvidos no processo para que assim ocorra uma contribuição consistente para uma Rede de Cuidados mais efetiva e qualificada.

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

REFERÊNCIAS

- ABEP (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA). **Critérios Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016.** 2016. Disponível em: < <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=12>>. Acesso em 17 de Abril de 2019.
- AGUIAR, A. C. S.; MOURA, E. R. F. **Percepção do Usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE.** Revista brasileira em promoção da saúde, v. 17, n. 4, p. 163-169, 2012. ISSN 1806-1230.
- ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. D. L. **O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP).** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 1479-1488, 2011. ISSN 1413-8123.
- ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface-Comunicação, saúde, educação, v. 9, p. 39-52, 2005. ISSN 1414-3283.
- ARECO, K. C. N.; KONSTANTYNER, T.; TADDEI, J. A. D. A. C. **Tendência secular da mortalidade infantil, componentes etários e evitabilidade no Estado de São Paulo–1996 a 2012.** Revista Paulista de Pediatria, v. 34, n. 3, p. 263-270, 2016. ISSN 0103-0582.
- ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família.** 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. **Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 15, n. 4, p. 802-810, 2011. ISSN 1414-8145.
- BATISTA, K. B. C. et al. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal ee puérperio.** In: (Ed.). **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal ee puérperio**, 2010. p.234-234.
- BRADLEY, R. H.; CORWYN, R. F. **Socioeconomic status and child development.** Annual review of psychology, v. 53, n. 1, p. 371-399, 2002. ISSN 0066-4308.
- BRASIL . Ministério da Saúde. . **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: Textos técnicos para conselheiros de saúde.** Brasília, DF, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da atenção básica - Programa saúde da família.** Brasília, DF, 2000
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família.** [2001?] data provável. Disponível em: < http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp>. Acesso em 17 de Abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Humanização (PNH): Humaniza SUS** - Documento-Base. 3. Ed. Brasília, DF, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2799 de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, a Rede Amamenta Brasil**. Diário Oficial da União, 2008a; Seção 1:124.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.395, de 07 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o comitê técnico- consultivo para a sua implementação**. Diário Oficial da União, 2009a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de alto risco: manual técnico**. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru. Manual técnico**. 2a. Ed. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL . Ministério da Saúde. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília, DF, 2011b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, DF, 2011c

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS–a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, 2011d

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2011e

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, n. 204, Brasília, DF, 2011f

BRASIL. **Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM)**. [2012a?] data provável. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em 17 de Abril de 2019.

BRASIL . Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Caderno de Atenção Básica Nº 32. Brasília, DF, 2012b

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília, DF, 2012c

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.153**, DE 22 DE MAIO DE 2014 IHAC. Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Cadernos da atenção Básica, nº 39. Núcleo de apoio à saúde da família Volume 1. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, DF, 2014b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446**, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2014c.

BRASIL. IBGE. **Índice de Mortalidade Infantil**. [2015?] data provável. Disponível em: <<https://brasilensintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>. Acesso em 17 de Abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde(CNES). Fundação SEADE. Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde/SIGA-Saúde SP. Projeção de população residente em 01/07/18**; Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>>. Acesso em 17 de Abril de 2019.

CAMPOS, G. W. D. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 4, p. 393-403, 1999. ISSN 1413-8123.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: (Ed.). Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030-prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro:população e perfil sanitário**. Rio de janeiro:Fiocruz/IPEA/Ministério da saúde/Secretaria de assuntos estratégicos da presidência da república., v.2, 2013. p.19-38.

CASSIANO, A. C. M. et al. **Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde**. Revista do Serviço Público, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014. ISSN 2357-8017.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 5ª Edição. Lisboa: Lidel, 1989.

COSTA, R. et al. **Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal.** Hist. enferm., Rev. eletrônica, v. 1, n. 1, p. 55-68], 2010.

CUNHA, E. M. D.; GIOVANELLA, L. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro.** Ciência & saúde coletiva, v. 16, p. 1029-1042, 2011. ISSN 1413-8123.

DEMOTT, K. et al. **Clinical guidelines and evidence: review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies.** London: National Collaborating Center for Primary Care and Royal College of General Practitioners. 2006.

DOS SANTOS, E. P. et al. **Mortalidade entre menores de um ano: análise dos casos após alta das maternidades.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, n. 3, p. 390-398, 2016. ISSN 1980-220X.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; CARDOSO, M. R. A. **Estado nutricional e fatores associados ao déficit de crescimento de crianças freqüentadoras de creches públicas do Município de São Paulo, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 812-817, 2004. ISSN 0102-311X.

FLEURY, S. **Pobreza, desigualdades ou exclusão?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 1422-1425, 2007. ISSN 1413-8123.

FORTE, F. D. S. et al. **Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 20, p. 787-796, 2016. ISSN 1414-3283.

FRIAS, P. G. D. et al. **Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde.** Ministério da Saúde, ed. Saúde Brasil, v. 20, 2008.

GIRARDI, S. N. et al. **O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família.** Divulgação em Saúde para Debate, v. 45, p. 11-23, 2010.

HARZHEIM, Erno et al. **Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.l.], v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013. ISSN 2179-7994.

HELENA, E. T. D. S.; SOUSA, C. A. D.; SILVA, C. A. D. **Fatores de alto risco para mortalidade neonatal em Blumenau, Santa Catarina: linkage entre bancos de dados.** Rev. bras. saúde matern. infant, p. 209-217, 2005.

ILHA, S. et al. **VÍNCULO PROFISSIONAL-USUÁRIO EM UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 13, n. 3, 2014. ISSN 1677-3861.

KALOUSTIAN, S. M. **Família brasileira: a base de tudo.** Unicef, 1994. ISBN 8524905417.

LOBATO, B. L. União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. **Oficina Regional Latino Americana UIPES/ORLA. BOLETIM DA SUB REGIÃO BRASIL.** Equidade, Compromisso Social e Qualidade de Vida. Número especial Homenagem a Geraldo de Souza Pereira Lima. Disponível em:< <http://openlink.br.inter.net/vllima.orla/boletim3.htm>> Acesso em, v. 15, 2006.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. **A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira.** Cadernos Pagu. Campinas. N. 24 (jan./jun. 2005), p. 105-125, 2005. ISSN 0104-8333.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. **Quando uma proposição não se converte em política?: O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens-PNAISAJ.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 1179-1186, 2013. ISSN 1413-8123.

MARCÍLIO, M. L. **História social da criança abandonada.** In: (Ed.). História social da criança abandonada, 1998.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. ISBN 8579670756.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MONTAGNOLI, L. C. et al. **Growth impairment of children with different types of lip and palate clefts in the first 2 years of life: a cross-sectional study.** Jornal de pediatria, v. 81, n. 6, p. 461-465, 2005. ISSN 0021-7557.

MOTTA, M. et al. **O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, RJ, v. 81, n. 5, p. 377-82, 2005.

NOMURA, M. L. et al. **Colonização materna e neonatal por estreptococo do grupo B em situações de ruptura pré-termo de membranas e no trabalho de parto prematuro.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, 2009. ISSN 0100-7203.

PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. **Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil.** Cadernos de pesquisa, 2010. ISSN 0100-1574.

PINHEIRO, L. et al. **Retrato das desigualdades de gênero e raça.** 2008.

POHLMANN, F. C. **A prematuridade e sua inter-relação com a rede de atenção à saúde.** 2013.

RAMOS, H. D. C.; CUMAN, R. K. N. **Fatores de alto risco para prematuridade: pesquisa documental.** Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

RIBEIRO, P. R. M. **História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha.** Psicologia em estudo, p. 29-38, 2006. ISSN 1413-7372.

ROMANI, S. D. A. M.; DE LIRA, P. I. C. **Fatores determinantes do crescimento infantil** **Determinant factors of infant growth.** Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil, v. 4, n. 1, p. 15-23, 2004. ISSN 1519-3829.

SÃO PAULO (MUNICÍPIO). **Relação das Unidades da Secretaria Municipal da Saúde por Região / Zona PMSP/SMS.** São Paulo, SP, 2009. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/arquivos/secretarias/saude/organizacao/0005/Unid_Munic_Saude_Zona.pdf>. Acesso em 17 de Abril de 2019.

SÃO PAULO (MUNICÍPIO). **Relação Dos Estabelecimentos/Serviços Da Secretaria Municipal Da Saúde Por Coordenadoria Regional De Saúde E Supervisão Técnica De Saúde Do Município De São Paulo.** São Paulo, SP, 2013. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_SupervisaoTecnica.pdf>. Acesso em 17 de Abril de 2019.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. In: (Ed.). **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**, 2004.

SILVA, M. Política de saúde para crianças: apontamentos para a atuação da enfermagem. **Gaíva MAM. Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiros (as).** Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso, p. 9-28, 2006.

SILVA, S. F. D.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. Silva SF, organizador. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas: Idisa, CONASEMS, p. 69-85, 2008.

SILVA, A. C. D. M. A. et al. **Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 25, p. 349-358, 2009. ISSN 0102-311X.

SILVA, S. F. D. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** 2011.

TAUIL, P. L. et al. **Gravidez em adolescente: aspectos relativos ao pré-natal, parto e recém-nascido.** Brasília méd, v. 38, n. 1/4, p. 7-12, 2001. ISSN 0524-2053.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. **Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas.** Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 31, n. 2 (jun. 2010), p. 335-342, 2010. ISSN 0102-6933.

Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização das Articulações na Rede de cuidado à saúde do bebê de alto risco e suas fragilidades

Pesquisador: Daniela Regina Molini Avejonas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67637417.9.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.079.844

Apresentação do Projeto:

O estudo se propõe a analisar a rede de cuidado de bebês de alto risco. Para tanto irá a selecionar aleatoriamente 20 bebês de Alto Risco, através de busca ativa nas Declarações de Nascidos Vivos da Supervisão Técnica de Saúde da região estudada. Serão agendadas reuniões com as equipes de saúde de família de referência destes sujeitos para que o fluxograma do cuidado oferecido ao bebê possa ser traçado. Posteriormente, as famílias serão contatadas para que também possam elaborar seus próprios fluxogramas. As potencialidades e as fragilidades da Rede de Cuidado ao Bebê de Alto Risco serão discutidas tanto no âmbito profissional quanto no âmbito familiar. Os dados serão analisados por meio de análise quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa será direcionada às comparações entre a percepção do grupo: familiares e do grupo: profissionais. Estes dados serão analisados estatisticamente. A análise qualitativa será utilizada para avaliar os resultados indicados pelos familiares e profissionais no fluxograma do cuidado ao bebê de risco

Objetivo da Pesquisa:

- Caracterizar a articulação dos diferentes pontos de cuidado nos serviços de atenção primária à saúde (APS) da Supervisão Técnica de Saúde/ Butantã (STS/BT) como ordenadores e integradores do cuidado a ser prestado ao bebê de risco. Objetivo Secundário
- Mapear o fluxo do cuidado ao bebê de risco na Região Oeste de SP. Identificar e analisar a

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.079.844

percepção de usuários e profissionais sobre o funcionamento da rede de cuidados ao bebê de risco. Identificar a efetividade de cada ponto de atenção à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mínimos (entrevistas com profissionais e familiares)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delineada, com pergunta clara e pertinente e desenho adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado

Recomendações:

Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_876647.pdf	26/04/2017 14:27:14		Aceito
Outros	cadastro_online.pdf	26/04/2017 14:26:45	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	24/04/2017 11:22:47	DANIELA CARDILLI DIAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	24/04/2017 11:20:37	DANIELA CARDILLI DIAS	Aceito
Outros	anuencia.pdf	24/04/2017 10:16:27	DANIELA CARDILLI DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escelarecido.pdf	24/04/2017 10:14:33	DANIELA CARDILLI DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	24/04/2017 10:08:46	DANIELA CARDILLI DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.079.844

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Maio de 2017

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

Anexo B - Questionário (Versão Profissional)

Nome da mãe/responsável pelo bebê:

Nome do profissional entrevistado:

Data de Nascimento:

Gênero: **Escolaridade:**

Instrução do chefe de família:

Nível socioeconômico:

Categoria profissional:

Tempo de formação:

Se pós, tempo de conclusão:

Tempo de atuação no SUS:

Tempo de atuação no equipamento de Saúde:

UBS pertencente: **ESF:**

Número do Prontuário:

1) Na UBS existe um profissional que tenha maior vínculo com esta família? ()
sim () não

1.1 Se SIM, quem é esse profissional?

() ACS () Auxiliar de enfermagem () Enfermeiro () Médico

() profissional NASF () outro

2) A família tem conhecimento ou já utilizou deste serviço da equipe NASF?

() sim/conhece () sim/usou () não

2.1 Se sim, qual (is)?

() Pediatra () Fonoaudiólogo () Fisioterapeuta () T. O. () Outro

3) Teve a gestação considerada como gravidez de alto risco?

() sim () não () NSR

3.1 Se sim, qual (is) o(s) motivo(s)?

() transtorno psiquiátrico () aborto anterior () HAS () descolamento placentário ()
obesidade () prematuridade anterior () diabetes gestacional () meningoceli ()
infecção urinária () outros

3.2 Se sim, em qual trimestre foi identificada a gravidez de alto risco?

☐ 1º trimestre ☐ 2º trimestre ☐ 3º trimestre

4) Foi encaminhada para pré-natal de alto risco?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

4.1 Se sim, para qual equipamento de saúde foi encaminhada a fim de realizar o pré-natal de alto risco?

☐ Hospital Mario Degni/Sara ☐ HU ☐ HC ☐ Outro

5) O encaminhamento ao outro equipamento foi feito de que forma?

☐ via guia de referência e contrarreferência ☐ via sistema ☐ outro

6) Quem fez o encaminhamento?

☐ Médico ☐ Auxiliar de enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ NASF ☐ Outro ☐ NSR

7) Aderiu ao pré-natal de alto risco ?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

8) A família continuou a fazer o pré-natal também na UBS?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

9) Em qual hospital ocorreu o parto?

☐ Hospital Mario Degni/Sara ☐ HU ☐ HC ☐ outro

10) Qual foi o tipo de parto?

☐ normal ☐ fórceps ☐ cesárea ☐ NSR

11) Qual idade gestacional do bebê ao nascer?

☐ a termo ☐ extremo pré termo ☐ pré termo ☐ pós termo ☐ NSR

12) Houve internação?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

12.1 Se sim, em qual ala hospitalar?

☐ UTI ☐ SEMI UTI ☐ Leito ☐ NSR

12.2 Por quantos dias?

☐ menos de 7 dias ☐ mais de sete a dez dias ☐ mais de dez dias ☐ mais de trinta dias

13) Houve intercorrência neonatal?

☐ sim ☐ não ☐ NRS

13.1 Se SIM, qual intercorrência neonatal?

☐ Anoxia ☐ Prematuridade ☐ Baixo peso ☐ Aspiração de mecônio

☐ Síndrome a interrogar ☐ Desconforto respiratório ☐ Baixo peso

14) Como a ESF foi comunicada do nascimento?

☐ Contrarreferência do 3º ☐ ESF/ACS ☐ NASF ☐ Família/informalmente ☐ Outro ☐ NSR

15) Em quantos dias se deu o primeiro atendimento puerperal à família?

☐ antes de 7 dias ☐ entre 7 e 10 dias ☐ mais de 10 dias ☐ mais de 30 dias ☐ NSR

16) O acompanhamento puerperal aconteceu com quais equipes?

☐ ASS ☐ ESF ☐ NASF ☐ outros ☐ NSR

17) A família teve alta já com encaminhamento e agendamento para a ASS?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

17.1 Se SIM, para qual ?

☐ A/E PERI-PERI ☐ A/E HU ☐ A/E HC ☐ Outro

17.2. Se SIM, como foi feito?

☐ encaminhamento ☐ encaminhamento e agendamento/data e hora ☐ NSR

17.2.1 Se a resposta foi apenas ENCAMINHAMENTO, de que forma ocorreu o agendamento da consulta na ASS?

☐ via UBS/sistema ☐ UBS/via telefone ☐ família/via telefone

☐ família/pessoalmente ☐ outro ☐ NSR

17.3 Se NÃO, houve encaminhamento à ASS por outro equipamento de saúde?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

17.3.1 Se SIM, qual foi o equipamento que realizou o encaminhamento?

☐ UBS ☐ UBS/NASF ☐ outros ☐ NSR

17.3.2 Se SIM, para qual?

☐ A/E PERI-PERI ☐ A/E HU ☐ A/E HC ☐ Outro ☐ NSR

18) De que forma ocorreu o agendamento da consulta na ASS?

☐ via UBS/sistema ☐ UBS/via telefone ☐ família/via telefone

☐ família/pessoalmente

☐ NASF ☐ Outros ☐ NSR

19) A ESF estava ciente do encaminhamento para ASS?

() sim () não () NSR

19.1 Se SIM, de que forma teve conhecimento do encaminhamento e agendamento para a ASS?

() Contrarreferência do 3º () ACS () ESF () NASF () Família () NSR

20) A ESF tem conhecimento por quanto tempo a criança frequentou a ASS?

() sim () não () NRS

20.1 Se SIM, de que forma teve conhecimento da duração do tratamento e/ou do acompanhamento?

() Contrarreferência da ATS () ACS () NASF () Família () NSR

20.2 Se SIM, por quanto tempo?

() menos de um mês () entre um a três meses () mais de três meses () por um ano () Mais de um ano

21) A ESF teve ciência sobre presença ou da ausência do binômio no atendimento na ASS?

() sim () não () NSR

21.1 Se SIM, de que forma a ESF teve ciência sobre presença ou ausência do binômio no atendimento na ASS?

() contrarreferência na ASS () ACS/ESF () NASF () Família () NSR

22) A família compareceu ao primeiro atendimento no centro especializado?

() sim () não () NSR

22.1 Se NÃO, a falta à ASS se deu por quais razões?

() dificuldade na acessibilidade () pessoais () financeiras () não julgava necessário

() atendimento em outro equipamento de saúde () outro () NSR

23) Já houve alguma outra falta da família ao atendimento na ASS?

() sim () não () NSR

23.1 Se SIM, a falta à ASS se deu por quais razões?

() dificuldade na acessibilidade () pessoais () financeiras () não julgava necessário () falha na data de consulta () atendimento em outro equipamento de saúde () outro () NSR

24) A ESF teve tempo/oportunidade para esclarecer/sensibilizar quanto

à necessidade do atendimento na ASS?

() sim () não () NSR

25) Houve algum reagendamento na ASS para a família?

() sim () não () NSR

25.1 Se SIM, a ESF participou/colaborou para o reagendamento da família ao ASS?

() sim () não

25.2 De que forma se deu o reagendamento na ASS?

() UBS via sistema/reencaminhamento () UBS/telefone () NASF

() Família/telefone () família/pessoalmente () ESF/NASF

25.3 A ESF soube se teve dificuldade no processo de reagendamento? () sim () não () NRS

25.3.1 Se SIM, quais foram as dificuldades enfrentadas no processo de reagendamento? () fila de espera () Dificuldade de contato com profissional

() outros () NSR

25.3.2 No caso de fila de espera, a ESF soube qual o tempo estimado?

() < 1 mês () > 1 mês () > 3 meses () > 6 meses () 1 ano () > 1 ano

26) A ESF teve ciência se a família buscou acompanhamento em outros equipamentos de saúde por conta própria?

() sim () não () NSR

26.1 Se SIM, qual equipamento de saúde?

() APAE () AACD () CIAM () Outro () NSR

26.2 Se SIM, a ESF soube se a família obteve vaga nesse equipamento de saúde?

() sim () não () NSR

26.2.1 Se SIM, com a vaga disponibilizada a família manteve outro seguimento, onde?

() não () UBS () NASF () ASS () ATS () NSR

27) A ESF tem um mecanismo de articulação intrassetorial (AIS) com ASS?

() sim () não () NSR

27.1 Se NÃO/NSR, a ESF sente a necessidade que houvesse a AIS?

() sim () não

27.2 Se SIM, há quanto tempo essa AIS ocorre?

() < 1 ano () > 1 ano () > 5 anos () NSR

27.3 De que forma ocorre a AIS?

☐ reuniões presenciais periódicas ☐ via NASF ☐ via telefone ☐ via email

☐ online ☐ outros ☐ NSR

27.4 Acredita ser funcional?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

27.5 A ESF acredita que tenha oportunidade de melhorias?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

28) A ESF tem um mecanismo de AIS com a ATS?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

28.1 Se NÃO/NSR, a ESF sente a necessidade que houvesse a AIS?

☐ sim ☐ não

28.2 Se SIM, há quanto tempo essa AIS ocorre?

☐ < 1 ano ☐ >1 ano ☐ > 5 anos ☐ NSR

28.3 De que forma ocorre a AIS?

☐ reuniões presenciais periódicas ☐ via NASF ☐ via telefone ☐ via email ☐ outros

28.4 Acredita ser funcional?

☐ sim ☐ não

28.5 A ESF acredita que tenha oportunidade de melhorias?

☐ sim ☐ não

29) A ESF tem clareza dos atributos de cada profissional envolvido nos cuidados do bebê de alto risco nos três níveis de atenção?

☐ sim ☐ não

30) A ESF acredita que a Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco é funcional?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

31) A ESF acredita que a Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco é de qualidade?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

32) Acredita que haja oportunidades de melhoria na Rede de Cuidados em Saúde do Bebê de Alto Risco pelo SUS?

☐ sim ☐ Não ☐ NSR

32.1 Se SIM, quais desses fatores deve ser considerado?

☐ aumento de RH nos equipamentos de saúde envolvidos

☐ aumento de número de vagas por especialidades e exames

☐ disponibilidade de recursos financeiros para acessibilidade e locomoção aos equipamentos

- () Constituir a AIS entre AB e ASS
- () Aprimorar a AIS entre AB e ASS
- () Constituir a AIS entre AB e ATS
- () Aprimorar a AIS entre AB e ASS

Anexo C - Questionário (Versão Usuário)

Nome da mãe/responsável pelo bebê:

Data de Nascimento:

Gênero:

Escolaridade materna:

Instrução do chefe de família:

Nível socioeconômico:

UBS pertencente:

ESF:

Número do Prontuário:

1) Na UBS existe um profissional que tenha maior vínculo com a família?

() sim () não

Se SIM, quem é esse profissional?

() ACS () Auxiliar de enfermagem () Enfermeiro () Médico () NASF () outro

2) Há equipe NASF na sua UBS. Você tem conhecimento ou já utilizou deste serviço?

() sim/conhece () sim/usou () não

2.1 Se SIM, qual(is)?

() Pediatra () Fonoaudiólogo () Fisioterapeuta () T. O. () Outro

3) Teve a gestação considerada como gravidez de alto risco?

() sim () não () NSR

3.1 Se sim, qual(is) o(s) motivo(s)?

() transtorno psiquiátrico () aborto anterior () HAS () descolamento placentário

() obesidade () prematuridade anterior () diabetes gestacional () meningoceli (

) infecção trato urinária/ITU () outros

3.2 Se SIM, em qual momento houve a identificação de gravidez de alto risco?

() 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre

4) Foi encaminhada para pré-natal de alto risco?

() sim () não () NSR

4.1 Se SIM, para qual equipamento de saúde foi realizado o encaminhamento a fim de dar continuidade no pré-natal tido de alto risco?

() Hospital Mario Degni/Sara () HU () HC () outro

5) O encaminhamento ao outro equipamento foi feito de que forma?

() via guia de referência e contrarreferência () via sistema () outro

6) O encaminhamento foi feito por qual(is) profissional(is) da UBS?

☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar de enfermagem ☐ profissional NASF ☐ outro

7) Houve adesão ao pré-natal de alto risco ?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

8) A família continuou o pré-natal na UBS?

☐ sim ☐ não

9) Em qual hospital ocorreu o parto?

☐ Hospital Mario Degni/Sara ☐ HU ☐ HC ☐ outro ☐ NSR

10) Qual foi o tipo de parto?

☐ normal ☐ fórceps ☐ cesárea

11) Qual idade gestacional no nascimento?

☐ a termo ☐ pré termo ☐ pós termo

12) Houve internação neonatal?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

12.2 Se SIM, em qual ala hospitalar?

☐ UTI ☐ SEMI UTI ☐ Leito

12.3 Por quantos dias?

☐ menos de 7 dias ☐ mais de sete a dez dias ☐ mais de dez dias ☐ mais de trinta dias

13) Houve intercorrência neonatal?

☐ sim ☐ não ☐ NRS

13.1 Se SIM, qual (is) a (s) intercorrência (s) neonatal (is)?

☐ Anoxia ☐ Prematuridade ☐ Baixo peso ☐ Aspiração de mecônio

☐ Síndrome interrogada ☐ Desconforto respiratório ☐ Baixo peso

14) Como a UBS foi informada sobre o nascimento?

☐ Contrarreferência da ATS ☐ Família/informalmente ☐ ESF/ACS

☐ NASF ☐ outro ☐ NSR

15) Com quantos dias se deu o primeiro atendimento/visita domiciliar da UBS à família?

☐ antes de 7 dias ☐ entre 7 e 10 dias ☐ mais de 10 dias ☐ mais de 30 dias ☐ NSR

16) O acompanhamento puerperal se deu com quais equipes?

☐ ASS ☐ NASF ☐ ESF ☐ outros equipamentos de saúde

17) Recebeu a alta hospitalar juntamente com encaminhamento e agendamento (data e hora) de consulta para a ASS?

☐ sim ☐ não

17.1 Se SIM, para qual equipamento de saúde?

☐ A/E PERI-PERI ☐ A/E HU ☐ A/E HC ☐ Outro

17.2 Se SIM, como foi feito?

☐ encaminhamento ☐ encaminhamento e agendamento/data e hora

17.2.1 Se a resposta foi apenas ENCAMINHAMENTO, de que forma ocorreu o agendamento da consulta na ASS?

☐ via UBS/sistema ☐ UBS/via telefone ☐ família/via telefone

☐ família/pessoalmente ☐ outro

17.2.2 Se NÃO, houve encaminhamento à ASS por outro equipamento de saúde?

☐ sim ☐ não

17.2.3 Se SIM, qual foi o equipamento que realizou o encaminhamento?

☐ UBS ☐ UBS/NASF ☐ outros

17.2.4 Se SIM, para qual?

☐ A/E PERI-PERI ☐ A/E HU ☐ A/E HC ☐ Outro

18) De que forma ocorreu o agendamento da consulta na ASS?

☐ via UBS/sistema ☐ UBS/via telefone ☐ família/via telefone ☐ família/pessoalmente

☐ NASF ☐ outros ☐ NSR

19) Soube se a UBS foi comunicada sobre o agendamento no centro especializado (com exceção dos sujeitos agendados pela própria UBS)?

☐ sim ☐ não

19.1. Se SIM, de que forma a UBS/ ESF teve conhecimento do encaminhamento/agendamento para o ASS?

☐ contrarreferência da ATS ☐ ACS ☐ NASF ☐ família

20) A ESF tem conhecimento por quanto tempo a criança frequentou a ASS?

☐ sim ☐ não ☐ NRS

20.1 Se SIM, de que forma teve conhecimento da duração do tratamento e/ou do acompanhamento?

☐ contrarreferência da ATS ☐ ACS ☐ NASF ☐ Família

20.2 Se SIM, por quanto tempo?

☐ menos de um mês ☐ entre um a três meses ☐ mais de três meses ☐ por um ano ☐

Mais de um ano

21) A ESF teve ciência sobre presença ou da ausência do família ao atendimento no nível 2º?

☐ sim ☐ não

21.1 Se SIM, de que forma a ESF teve ciência sobre presença ou da ausência no atendimento no nível 2º?

☐ contrarreferência ☐ ACS ☐ NASF ☐ Família

22) A família compareceu no primeiro atendimento no centro especializado?

☐ sim ☐ não

22.1 Se NÃO, a falta à ASS se deu por quais razões?

☐ dificuldade na acessibilidade ☐ pessoais ☐ financeiras ☐ não julgava necessário ☐ atendimento em outro equipamento de saúde ☐ outro ☐ NSR

23) Já Houve alguma outra falta aos atendimentos na ASS?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

23.1 Se SIM, a falta à ASS ocorreu por quais razões?

☐ dificuldade na acessibilidade ☐ pessoais ☐ financeiras ☐ não julgava necessário ☐ atendimento em outro equipamento de saúde ☐ falha de data de consulta ☐ outro ☐ NSR

24) A UBS teve tempo/oportunidade para esclarecer/sensibilizar quanto à necessidade do atendimento na ASS?

☐ sim ☐ não

25) Houve algum reagendamento na ASS?

☐ sim ☐ não

25.1 Se SIM, a ESF participou/colaborou para o reagendamento da família na ASS?

☐ sim ☐ não

25.2 De que forma se deu o reagendamento na ASS?

☐ UBS via sistema ☐ UBS/telefone ☐ NASF ☐ Família/telefone

☐ família/pessoalmente ☐ ESF/NASF

25.3 Teve dificuldade no processo de reagendamento?

☐ sim ☐ não

25.3.1 Se SIM, quais foram as dificuldades enfrentadas no processo de reagendamento?

☐ fila de espera ☐ dificuldade de contato com profissional ☐ outros

25.3.2 No caso de fila de espera, qual o tempo estimado?

☐ < 1 mês ☐ > 1 mês ☐ > 3 meses ☐ > 6 meses ☐ 1 ano ☐ > 1 ano

26) Houve a busca de auxílio em outros equipamentos de saúde?

☐ sim ☐ não

26.1 Se SIM, qual equipamento de saúde?

☐ APAE ☐ AACD ☐ CIAM ☐ Outro ☐ NSR

26.2 Se SIM, a família obteve vaga nesse equipamento de saúde?

☐ sim ☐ não

26.2.1 Se SIM, com a vaga disponibilizada a família manteve outro seguimento, onde?

☐ não ☐ UBS ☐ NASF ☐ ASS ☐ ATS

27) Tem conhecimento se há uma articulação intrassetorial (AIS) entre a UBS e a ASS na rede de cuidado do bebê?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

27.1 Se NÃO/NSR, a ESF sente a necessidade que houvesse a AIS?

☐ sim ☐ não

27.2 Se SIM, há quanto tempo essa AIS ocorre?

☐ < 1 ano ☐ >1 ano ☐ > 5 anos ☐ NSR

27.3 Sabe de que forma ocorre a AIS?

☐ reuniões presenciais periódicas ☐ via NASF ☐ via telefone ☐ via email ☐ online ☐ outros ☐ NSR

27.4 Acredita ser funcional?

☐ sim ☐ não

27.5 A ESF acredita que tenha oportunidade de melhorias?

☐ sim ☐ não

28) Tem conhecimento se há uma articulação intrassetorial (AIS) entre a UBS e a ATS na rede de cuidado do bebê?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

28.1 Se NÃO/NSR, a ESF sente a necessidade que houvesse a AIS?

☐ sim ☐ não

28.2 Se SIM, há quanto tempo essa AIS ocorre?

☐ < 1 ano ☐ >1 ano ☐ > 5 anos ☐ NSR

28.3 Sabe de que forma ocorre a AIS?

☐ reuniões presenciais periódicas ☐ via NASF ☐ via telefone ☐ via email ☐ outros

28.4 Acredita ser funcional?

☐ sim ☐ não

28.5 A família acredita que tenha oportunidade de melhorias?

☐ sim ☐ não

29) A família tem clareza dos atributos/funções de cada profissional envolvido nos cuidados do Bebê de Alto Risco nos três níveis de atenção?

☐ sim ☐ não

30) Você consideraria que a Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco é funcional?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

31) Você julga que a Rede de Cuidados ao Bebê de Alto Risco é de qualidade?

☐ sim ☐ não ☐ NSR

32) Acredita que haja oportunidades de melhoria na Rede de Cuidados em Saúde do Bebê de Alto Risco pelo SUS?

☐ sim ☐ Não ☐ NSR

32.1 Se SIM, quais desses fatores deve ser considerado?

☐ aumento de RH nos equipamentos de saúde envolvidos

☐ aumento de número de vagas por especialidades e exames

☐ disponibilidade de recursos financeiros para acessibilidade e locomoção aos equipamentos

☐ Constituir a AIS entre AB e ASS

☐ Aprimorar a AIS entre AB e ASS

☐ Constituir a AIS entre AB e ATS

☐ Aprimorar a AIS entre AB e ASS

Anexo D - Questionário Socioeconômico do Critério Padrão de Classificação Econômica – Brasil/2015

Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016

A metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil que entrou em vigor no início de 2015 está descrita no livro *Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil* dos professores Wagner Kamakura (Rice University) e José Afonso Mazzon (FEA /USP), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE.

A regra operacional para classificação de domicílios, descrita a seguir, resulta da adaptação da metodologia apresentada no livro às condições operacionais da pesquisa de mercado no Brasil.

As organizações que utilizam o Critério Brasil podem relatar suas experiências ao Comitê do CCEB. Essas experiências serão valiosas para que o Critério Brasil seja permanentemente aprimorado.

A transformação operada atualmente no Critério Brasil foi possível graças a generosa contribuição e intensa participação dos seguintes profissionais nas atividades do comitê:

Luis Pilli (Coordenador) - LARC Pesquisa de Marketing
 Bianca Ambrósio - TNS
 Bruna Suzzara – IBOPE Inteligência
 Marcelo Alves - Nielsen
 Margareth Reis – GfK
 Paula Yamakawa – IBOPE Inteligência
 Renata Nunes - Data Folha
 Sandra Mazzo - Ipsos
 Tatiana Wakaguri – Kantar IBOPE Media

A ABEP, em nome de seus associados, registra o reconhecimento e agradece o envolvimento desses profissionais.

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7
Serviços públicos	
	Não Sim
Água encanada	0 4
Rua pavimentada	0 2

Distribuição das classes para 2016

As estimativas do tamanho dos estratos atualizados referem-se ao total Brasil e resultados das Macro Regiões, além do total das 9 Regiões Metropolitanas e resultados para cada uma das RM's (Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife e Fortaleza).

As estimativas são baseadas em estudos probabilísticos do Datafolha, IBOPE Inteligência, GFK, IPSOS e Kantar IBOPE Media (LSE). O perfil da classe é domiciliar.

Classe	Brasil	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro Oeste	Norte
A	2,9%	3,6%	3,4%	1,4%	4,2%	1,8%
B1	5,0%	6,2%	6,2%	2,7%	5,3%	3,4%
B2	17,3%	21,0%	20,6%	10,5%	18,7%	11,7%
C1	22,2%	25,3%	28,0%	15,1%	23,0%	17,9%
C2	25,6%	25,4%	24,8%	25,6%	27,5%	26,3%
D-E	27,0%	18,5%	17,0%	44,7%	21,3%	38,9%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Classe	9RM's	POA	CWB	SP	RJ	BH	BSB	SSA	REC	FOR
A	4,3%	3,7%	5,4%	4,8%	3,5%	3,5%	9,9%	4,1%	2,0%	3,4%
B1	6,6%	6,5%	8,2%	7,5%	5,9%	5,7%	9,6%	5,2%	4,4%	4,3%
B2	19,5%	20,7%	24,3%	23,1%	17,5%	18,4%	22,0%	13,8%	13,2%	12,8%
C1	24,3%	27,0%	27,6%	28,4%	23,2%	24,0%	22,0%	18,1%	16,7%	15,0%
C2	25,9%	27,0%	22,8%	25,0%	26,6%	27,5%	21,7%	28,5%	28,5%	26,1%
D-E	19,4%	15,1%	11,7%	11,2%	23,3%	20,9%	14,8%	30,3%	35,2%	38,4%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

Estimativa para a Renda Média Domiciliar para os estratos do Critério Brasil

Abaixo são apresentadas as estimativas de renda domiciliar mensal para os estratos socioeconômicos. Os valores se baseiam na PNAD 2014 e representam aproximações dos valores que podem ser obtidos em amostras de pesquisas de mercado, mídia e opinião. A experiência mostra que a variância observada para as respostas à pergunta de renda é elevada, com sobreposições importantes nas rendas entre as classes. Isso significa que pergunta de renda não é um estimador eficiente de nível socioeconômico e não substitui ou complementa o questionário sugerido abaixo. O objetivo da divulgação dessas informações é oferecer uma ideia de característica dos estratos socioeconômicos resultantes da aplicação do Critério Brasil.

Estrato Sócio Econômico	Renda média Domiciliar
A	20.888
B1	9.254
B2	4.852
C1	2.705
C2	1.625
D-E	768
TOTAL	3.130

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral:

Devem ser considerados todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento (incluindo os que estão guardados) independente da forma de aquisição: compra, empréstimo, aluguel, etc. Se o domicílio possui um bem que emprestou a outro, este não deve ser contado pois não está em seu domicílio atualmente. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Empregados Domésticos

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esqueça de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Note bem: o termo empregado mensalista se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (pessoal e profissional) não devem ser considerados.

Microcomputador

Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Não considerar: calculadoras,

agendas eletrônicas, tablets, palms, smartphones e outros aparelhos.

Lava-Louça

Considere a máquina com função de lavar as louças.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo uma geladeira no domicílio, serão atribuídos os pontos (2) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. Dessa forma, esse domicílio totaliza 4 pontos na soma desses dois bens.

Lava-Roupa

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

DVD

Considere como leitor de DVD (Disco Digital de Vídeo ou Disco Digital Versátil) o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos, incluindo videogames, computadores, notebooks. Inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores. Não considere DVD de automóvel.

Micro-ondas

Considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (de micro-ondas e forno elétrico).

Motocicleta

Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais. Motocicletas apenas para uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional) devem ser consideradas.

Secadora de roupas

Considerar a máquina de secar roupa. Existem máquinas que fazem duas funções, lavar e secar. Nesses casos, devemos considerar esse equipamento como uma máquina de lavar e como uma secadora.

Modelo de Questionário sugerido para aplicação

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

Nenhum critério estatístico, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmarções frequentes do tipo “... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B...” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da adequação do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

Anexo E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Versão profissional)

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da nossa pesquisa intitulada “Caracterização das articulações na Rede de Cuidado à Saúde do Bebê de Alto Risco e suas fragilidades”. Essa pesquisa tem como objetivo caracterizar a articulação dos diferentes pontos de cuidado nos serviços da APS da Supervisão Técnica de Saúde/Butantã (STS/BT) como ordenadores e integradores do cuidado a ser prestado ao bebê de alto risco por pesquisadores pertencentes à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e compreenderá responder a um questionário sobre o atendimento prestado aos bebês de alto risco na sua unidade básica de saúde.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Daniela Regina Molini-Avejonas e a pesquisadora executante é a Fga. Daniela Cardilli Dias que podem ser encontradas no endereço Rua Cipotania, 51 – Cidade Universitária – São Paulo; Telefone(s): (11) 3091-7455 ou 3091-7452/(11) 9 7113-8769. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Dr. Arnaldo, 251 – 21º andar – sala 36 – Cerqueira César – São Paulo – SP – CEP: 01246-000. Tel: 3893-4401/3893-4407 – e-mail: cep.fm@usp.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal da Saúde – email: smscep@gmail.com – Tel: (11) 3397-2464.

Sua participação nessa pesquisa não implica em nenhum risco para sua saúde, mas apenas na disponibilidade de tempo para a entrevista. Caso venha a sentir algum desconforto em relação ao fornecimento de informações, você poderá deixar de responder qualquer questão ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, que não sofrerá qualquer prejuízo no seu trabalho.

Os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Sua participação no estudo não lhe trará despesas pessoais e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Após ter sido devidamente esclarecido concordo em participar do estudo.

Assinatura do Entrevistado

Data

Assinatura do Pesquisador responsável

Data

Anexo F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Versão Usuário)

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da nossa pesquisa intitulada “Caracterização das articulações na Rede de Cuidado à Saúde do Bebê de Alto Risco e suas fragilidades”. Essa pesquisa tem como objetivo caracterizar a articulação dos diferentes pontos de cuidado nos serviços da APS da Supervisão Técnica de Saúde/Butantã (STS/BT) como ordenadores e integradores do cuidado a ser prestado ao Bebê de Alto Risco por pesquisadores pertencentes à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e compreenderá responder a um questionário sobre os atendimentos realizados ao seu filho(a) nos serviços de saúde.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Daniela Regina Molini-Avejónas e a pesquisadora executante é a Fga. Daniela Cardilli Dias que podem ser encontradas no endereço Rua Cipotania, 51 – Cidade Universitária – São Paulo; Telefone(s): (11) 3091-7455 ou 3091-7452/(11) 9 7113-8769. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Dr. Arnaldo, 251 – 21º andar – sala 36 – Cerqueira César – São Paulo – SP – CEP: 01246-000. Tel: 3893-4401/3893-4407 – e-mail: cep.fm@usp.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal da Saúde – email: smscep@gmail.com – Tel: (11) 3397-2464.

Sua participação nessa pesquisa não implica em nenhum risco para sua saúde, mas apenas na disponibilidade de tempo para a entrevista. Caso venha a sentir algum desconforto em relação ao fornecimento de informações, você poderá deixar de responder qualquer questão ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, que não sofrerá qualquer prejuízo no seu atendimento.

Os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Sua participação no estudo não lhe trará despesas pessoais e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Após ter sido devidamente esclarecido concordo em participar do estudo

Assinatura do Entrevistado

Data

Assinatura do Pesquisador responsável

Data