



Fragilidades para a continuidade do cuidado ao pré-termo egresso da unidade neonatal*

Weaknesses in the continuity of care for preterm infants discharged from the neonatal unit
Debilidades en la continuidad de la atención a los recién nacidos prematuros egresados de la unidad neonatal

Como citar este artigo:

Tanaka MC, Bernardino FBS, Braga PP, Alencastro LCS, Gaíva MAM, Viera CS. Weaknesses in the continuity of care for preterm infants discharged from the neonatal unit. Rev Esc Enferm USP. 2024;58:e20230228. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0228en>

-  Mariana Camargo Tanaka¹
-  Fabiane Blanco Silva Bernardino¹
-  Patrícia Pinto Braga²
-  Lidiane Cristina da Silva Alencastro¹
-  Maria Aparecida Munhoz Gaíva¹
-  Cláudia Silveira Viera³

*Extraído da tese: “Continuidade do cuidado ao pré-termo após a alta hospitalar: perspectiva de profissionais da estratégia saúde da família”, Universidade Federal de Mato Grosso, 2022.

¹ Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, MT, Brasil.

² Universidade Federal de São João del Rei, Divinópolis, MG, Brasil.

³ Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Faculdade de Enfermagem, Paraná, PR, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify weaknesses in the continuity of care for preterm infants discharged from a neonatal unit, based on the perspective of professionals in the family health strategy. **Method:** Qualitative research, carried out with 16 professionals from four health regions in a capital city in the center-west of Brazil. Data collection took place from October to December 2020, through semi-structured, individual, and in-person interviews. Data underwent content analysis, supported by the concept of continuity of care. **Results:** The analysis consisted of three categories: Challenges for care in the unit and referral to specialized services; weak interactions between the preterm baby's family and health professionals; Information: essential aspect for the connection between health professionals and the family of the preterm newborn. **Conclusion:** Health services are shown to be fragile in terms of the dimensions of continuity of care, contributing to the discontinuity of care for preterm children.

DESCRIPTORS

Infant, Premature; Continuity of Patient Care; Patient Discharge; Health Personnel; National Health Strategies.

Autor correspondente:

Fabiane Blanco Silva Bernardino
Av. Fernando Correa da Costa,
2367, Bairro Boa Esperança
78060-900 – Cuiabá, MT, Brasil
fabiane.bernardino@ufmt.br

Recebido: 25/07/2023
Aprovado: 31/01/2024

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos que necessitam de internação neonatal aumentaram as chances de sobrevivência desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio do atendimento das suas necessidades biológicas, ambientais e familiares⁽¹⁾. Os desafios enfrentados pelas famílias começam com o nascimento do filho pré-termo. A partir daí passam a buscar o melhor cuidado e acompanhamento, tanto durante a internação como após a alta. Nesse percurso, deparam-se com dificuldades de acesso ou falta de serviços, o que se configura como algo desafiador⁽²⁾.

A partir da necessidade de qualificar e humanizar o cuidado prestado ao Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) e/ou de Baixo Peso (BP) e a sua família, no cenário brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1999, a política pública “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (NAHRNBP) – Método Canguru (MC)”.

O acompanhamento do RNPT após a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) geralmente acontece em ambulatórios de seguimento vinculados aos hospitais em que estes estavam internados e concomitantemente na atenção primária à saúde (APS). O seguimento da criança que nasceu pré-termo na APS é uma das ações propostas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída em 2015 pelo Ministério da Saúde do Brasil, que visa assegurar uma atenção integral, resolutiva e humanizada com vistas à redução da morbimortalidade infantil, tendo como instrumento guia o Manual da Terceira Etapa do Método Canguru na Atenção Básica⁽³⁾.

Na atenção primária, o acompanhamento da criança deve pautar-se na promoção da saúde, a qual apresenta estreita relação com a vigilância em saúde e o desenvolvimento infantil, cujas ações são capazes de reduzir situações de vulnerabilidades e riscos, favorecendo a identificação e intervenção precoce frente ao atraso no desenvolvimento e complicações do crescimento na infância⁽³⁾.

Portanto, compreender como ocorre a continuidade do cuidado ao pré-termo após a alta hospitalar requer um olhar acurado que compreende a continuidade como uma série de eventos da atenção à saúde, que é vivenciada pelos usuários como um atendimento coerente e conectado, que considera, além das necessidades clínicas, o contexto pessoal de cada indivíduo e perdura ao longo do tempo, sendo operacionalizada em três dimensões: continuidade informacional, continuidade de gestão e continuidade relacional, as quais podem ser identificadas em diversos contextos de atenção à saúde⁽⁴⁾.

A continuidade do cuidado é favorecida por meio do relacionamento pessoal entre paciente e profissional, comunicação de informações relevantes e cooperação entre profissionais dentro e entre os serviços de saúde⁽⁵⁾. Portanto, é um processo complexo e multifacetado que exige da equipe adequada comunicação, conhecimento, experiência, competência e habilidades⁽⁶⁾.

Nos países desenvolvidos, em especial os Estados Unidos da América e alguns países europeus, a continuidade do cuidado é garantida pela transição do cuidado e impulsionada para a melhoria da qualidade da assistência e de vida dos usuários, além de reduzir custos com reinternações evitáveis⁽⁷⁾. No entanto, no

Brasil e nos países de fronteira como Paraguai e Argentina, a literatura revela deficiências na coordenação entre os diferentes níveis de atenção, resultando em dificuldades de acesso aos serviços de saúde^(6,8,9).

As fragilidades na continuidade do cuidado podem contribuir para o atendimento fragmentado e pontual, não suprimindo as demandas dessa população vulnerável advinda da UTIN^(6,10). Para entender a continuidade do cuidado e traduzir esse entendimento em políticas, é essencial olhar para o conceito dentro do contexto geral dos serviços de saúde, com destaque ao acesso e à qualidade da atenção⁽⁵⁾, especialmente conhecendo a perspectiva dos sujeitos que conduzem o cuidado na atenção primária.

Estudos brasileiros vêm explorando a temática da continuidade do cuidado ao pré-termo, contudo os indicadores apontam que ainda convivemos com baixa adesão ao seguimento e elevadas taxas de evasão⁽⁹⁾. Aliado a isso, identificamos que, apesar da relevância da temática e da ampla divulgação, na literatura, da exploração conceitual e da prática da continuidade do cuidado, com temas voltados à saúde da criança e condição crônica⁽¹¹⁾ no cenário hospitalar⁽¹²⁾, e do entendimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde em relação ao conceito⁽⁷⁾, ainda se evidencia lacuna a partir da percepção dos profissionais da atenção primária sobre a continuidade do cuidado ao pré-termo egresso da UTIN. Envolver todos os profissionais da atenção primária é importante porque a continuidade da atenção à saúde se concretiza a partir das relações interpessoais, do compartilhamento das informações e da coordenação efetiva das intervenções. Estes elementos são atributos da APS que devem qualificar a Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽¹²⁾.

Diante do exposto, surge o questionamento: Como os profissionais da estratégia saúde da família percebem as dificuldades na continuidade do cuidado ao pré-termo egresso de UTIN? Neste sentido, este estudo objetivou identificar as fragilidades para a continuidade do cuidado ao pré-termo egresso da UTIN, a partir da perspectiva de profissionais da estratégia saúde da família.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, sustentado pelo conceito da continuidade do cuidado⁽⁴⁾. Tal conceito é discutido a partir de três dimensões: continuidade informacional, continuidade de gestão e continuidade relacional, as quais podem ser identificadas em diversos contextos de atenção à saúde. A continuidade informacional refere-se aos aspectos relacionados à informação e representa o elemento essencial para conexão entre o atendimento de diferentes profissionais e de um evento de saúde do indivíduo. A dimensão relacionada à continuidade de gestão refere-se ao gerenciamento do cuidado ofertado por diferentes profissionais, possibilitando a atuação com objetivos compartilhados. Enquanto que a dimensão da continuidade relacional corresponde ao estabelecimento de relacionamentos contínuos entre profissionais e usuários⁽⁴⁾.

A ferramenta *Consolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ), versão em Português⁽¹³⁾, foi utilizada para guiar o desenho e a apresentação dos resultados da pesquisa.

LOCAL, POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

O estudo foi desenvolvido com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma capital do centro-oeste do Brasil que possui atualmente 87 unidades básicas de saúde, sendo 21 Centros de Saúde tradicionais e 66 Unidades da Estratégia Saúde da Família, distribuídas em quatro regionais de saúde: Leste, Oeste, Norte e Sul. Para esta pesquisa, a escolha das unidades a serem estudadas foi por meio de sorteio, contemplando uma unidade de cada macrorregião, totalizando quatro serviços.

Os participantes foram trabalhadores das diferentes categorias profissionais - Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS) atuantes nas equipes da ESF sorteadas, totalizando 16 profissionais.

Adotou-se como critérios de inclusão: estar há, no mínimo, seis meses na função, ser funcionário concursado ou contratado pela Secretaria Municipal de Saúde e cuja equipe era composta no mínimo por um médico, um enfermeiro, um técnico e um ACS. A segunda equipe sorteada para entrevista foi substituída, já que estava incompleta e um novo sorteio foi realizado, e a entrevista direcionada a outra equipe que atendeu a todos os critérios. Foram excluídos da pesquisa os profissionais afastados de suas atividades laborais ou em férias no período de coleta de dados.

O número de participantes foi considerado suficiente, pois geraram dados recorrentes e complementariedade das informações, refletindo desse modo, em intensidade e profundidade, as múltiplas dimensões do fenômeno de estudo, e com o propósito de dar corpo à pesquisa e torná-la defensável⁽¹⁴⁾.

COLETA DE DADOS

O trabalho de campo ocorreu entre outubro e dezembro de 2020, por meio de entrevista individualizada, orientada por um roteiro semiestruturado composto de dados sociodemográficos e pelas seguintes questões norteadoras elaboradas pelas pesquisadoras: Como você estabelece a comunicação com outros serviços de atenção à saúde na assistência à criança pré-termo egressa da UTIN? Como são gerenciadas as informações de saúde dos pré-termo na unidade? Há um plano de acompanhamento unificado desenvolvido para os pré-termo e famílias na Rede de Atenção à Saúde? Como você descreve a relação estabelecida com os familiares das crianças pré-termo?

Os profissionais foram contatados via aplicativo de mensagens para agendar a entrevista. Uma vez que os atendimentos aos usuários estavam suspensos nas unidades de saúde, as entrevistas foram realizadas em um dos consultórios disponíveis nas unidades e tiveram duração média de 15 a 20 minutos, sendo gravadas em áudio mediante o consentimento dos participantes. Como a coleta de dados ocorreu em meio à pandemia do SARS-CoV-2, as medidas de biossegurança e prevenção de contaminação foram seguidas pela pesquisadora e entrevistados.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram organizados e submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática seguindo as etapas⁽¹⁴⁾: leitura compreensiva e exaustiva; exploração do material; tratamento e interpretação dos dados. Primeiramente foi realizada a leitura de cada uma das entrevistas, procurando-se identificar, no discurso

dos profissionais, os elementos indicativos de suas percepções sobre o fenômeno em estudo. Em seguida buscaram-se as similaridades e divergências nos conteúdos expressos nos discursos, que foram aglutinadas em categorias mais amplas, de acordo com os objetivos da pesquisa. Para garantir a confiabilidade dos dados, estes foram transcritos pelo pesquisador principal e revisado pelo segundo pesquisador. Além disso, realizaram-se a dupla codificação e a checagem das discrepâncias para garantir a validade da construção da árvore de códigos.

Na sequência, procedeu-se à interpretação dos dados, tendo por referência os conceitos das dimensões da continuidade do cuidado⁽⁴⁾. Essa estrutura teórica possibilitou estabelecer nexos entre a forma como os profissionais percebem a continuidade do cuidado a pré-termos egressos de unidade neonatal.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 2.788.928 de 2018. A pesquisa está em conformidade com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Para a garantia do anonimato, utilizou-se a letra “E”, que significa “Entrevista”, para identificação dos participantes do estudo, seguida de um número arábico (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8), conforme a ordem cronológica em que as entrevistas ocorreram e, por fim, a inicial da identificação da formação do profissional entrevistado, ou seja, se for “Enfermeiro”, a letra E, se “Médico”, a letra M, se “Técnico em Enfermagem” a letra T, se Agente Comunitário de Saúde “A”; sendo assim, cada relato da fala será apresentado com o código descrito [E1E], [E2M], [E1T], [E3A].

RESULTADOS

Participaram do estudo 16 profissionais, em sua totalidade do gênero feminino, com idade entre 26 a 59 anos, sendo quatro médicas, quatro enfermeiras, quatro técnicas em enfermagem e quatro ACS. A análise dos dados permitiu desvelar as fragilidades presentes nas dimensões gerencial, relacional e informacional que interferem na continuidade do cuidado ao pré-termo egresso de UTIN e suas famílias. Assim, os dados foram categorizados em três temas: Desafios para o atendimento do pré-termo na unidade e para o encaminhamento aos serviços especializados; Fragilidades informacionais na rede de atenção ao pré-termo e Interações frágeis entre família do pré-termo e profissionais (Quadro 1).

A análise dos dados apontou que a continuidade do cuidado ao RNPT e sua família foi identificada pelos profissionais entrevistados como frágil em sua dimensão gerencial, relacional e informacional, devido a distintos aspectos apresentados por eles que conduzem a desafios a serem enfrentados no cuidado ao egresso da UTIN na APS.

DISCUSSÃO

Com o presente estudo, identificou-se que a continuidade do cuidado ao RNPT egresso de unidade neonatal apresenta fragilidades que interferem na sua efetivação, gerando desafios que precisam ser enfrentados. Estas fragilidades envolvem a dimensão gerencial, identificada pelos aspectos ineficiência da referência e contrarreferência, falta de material básico para

Quadro 1 – Temas gerados a partir das falas dos entrevistados – Região Centro-Oeste, Brasil, 2020.

| Dimensão | Evidências | Exemplos a partir das Entrevistas | Tema |
|--------------------------|--|---|---|
| Gerencial | A análise apontou para dificuldades quanto aos encaminhamentos do pré-termo para os serviços especializados e tempo prolongado para realização de exames, além da ineficiência da referência e contrarreferência que indicam necessidades de melhorias na comunicação escrita e verbal entre profissionais dos diferentes pontos da rede de atenção. | <i>O que dificulta é a falta de ferramentas mesmo. Vaga para fazer os testes da orelhinha e da linguinha. Isso é mais complicado, que demora demais, o teste do pezinho também demora muito (E2A). A gente fica de mãos atadas, porque tem alguns encaminhamentos que demoram para conseguir. Ai são coisas que você não pode resolver. Isso não é da atenção básica em si, é problema do SUS (E2M). O que dificulta é a demora para conseguirmos vagas nos encaminhamentos para certas especialidades. Porque acho que neuropediatria, por exemplo, tem muito pouco em Cuiabá (E4A). Você referencia essa criança ou essa mãe para o serviço de referência no momento do parto e, geralmente, o serviço de referência quando são hospitais de ensino costuma vir um pouco melhor, tudo explicadinho, já outros deixam a desejar. A comunicação existente é a referência e contrarreferência por escrito. Eu acho que ainda poderia melhorar (E1M).</i> | Desafios para o atendimento do pré-termo na unidade e para o encaminhamento aos serviços especializados |
| Gerencial | Os profissionais sinalizam para dificuldades quanto ao acesso e disponibilidade de insumos, equipamentos e instrumentos de trabalho em suas unidades. | <i>As dificuldades é a questão da rede, acho que a rede é um pouco enfraquecida num todo, não só em relação ao prematuro e gestão de equipamentos é... infelizmente tem mais de um ano que venho pedindo e acho que está licitando a questão da régua antropométrica que é pra fazer medição. A gente improvisou uma régua, porque a gente não tem (E1E). Falta de material, otoscópio não tem, aí é um valor que eu não consigo comprar para deixar na unidade. A gente já fez pedido, a secretaria é bem morosa para conseguir atender nossos pedidos, então até agora nada (E2M). Uma criança prematura da nossa área precisou fazer a gastrostomia. O procedimento requer materiais e gasta bastante, mas os frascos e os equipos não vem para a atenção primária, então a gente depende de outro nível de atenção. Orientamos a mãe para conseguir os materiais em outros locais (E1E).</i> | |
| Gerencial Relacional | A análise dos dados evidenciou dificuldades ou demora no encaminhamento do pré-termo para especialidades ou outros serviços da RAS, em situações de urgência. Identificaram-se ainda situações nas quais o agendamento apenas é viabilizado em função do contato informal que o profissional da ESF realiza para tentar solucionar a demanda. | <i>Alguns encaminhamentos a gente demora para conseguir a consulta. Às vezes se a gente tem algum conhecido em algum hospital para tentar agilizar, a gente tenta, mas isso é por via do médico, do enfermeiro, se tiver algum conhecido dentro do que a gente precisa, né. Mas via SUS mesmo o problema às vezes é demorado (E2M). O estabelecimento dessa comunicação é via SISREG (Sistema Nacional de Regulação), mas tentam conseguir de outra forma. Um telefonema a alguém conhecido, uma coisa mais informal (E3M). Se precisarmos de um outro serviço, nesse caso a gente entende que como é criança prematura ou mesmo até outros tipos de casos especiais, por exemplo “preciso de um pediatra agora”, não vou lançar na Central de Regulação essa criança e esperar, sabe-se lá quantos dias para conseguir uma consulta. Então a gente telefona para os colegas “olha eu tenho um pediatra no Centro de Saúde X”, então liga, agenda a consulta (E3E).</i> | |
| Relacional Informacional | O conteúdo das entrevistas tornou evidente que os profissionais das equipes da ESF não estão suficientemente esclarecidos sobre o seu papel no seguimento das crianças e que pode haver desconhecimento destes sobre qual o papel dos ambulatórios de neonatologia /seguimento | <i>Essa última criança que tem hidrocefalia veio em novembro e eu fui na casa dela. Ai em dezembro a criança ficou internada a agente de saúde ficou acompanhando, internou de novo, aí agora ela voltou do hospital eu vou na casa, mas a mãe está ficando mais no acompanhamento lá (no ambulatório de Neonatologia) do que aqui. Acontece bastante de eles ficarem mais no ambulatório do que aqui. O primeiro ano, eu até entendo, mas tem muita mãe que vem com criança de quatro anos que nasceu pré-termo que quer continuar acompanhamento no ambulatório. É uma coisa que não tem mais necessidade (E2E). Geralmente eles vêm com cartinha acompanhada para dar seguimento. Quando não é assim, eles já fazem a referência lá para entrar no próprio ambulatório deles de prematuro. E depois que eles recebem alta do ambulatório, eles vêm com a cartinha para a gente dar seguimento na puericultura (E4M).</i> | Fragilidades Informacionais na rede de atenção ao pré-termo |
| Informacional | A falta de comunicação com o hospital em que o pré-termo esteve internado é uma realidade do cenário investigado. Apesar de obterem informações sobre o parto e situação de saúde da puérpera, mãe do RNPT, os profissionais afirmam não receberem informações suficientes das condições clínicas do prematuro. | <i>E outro desafio, outra experiência com criança pré-termo, a gente não recebe nada do hospital, a gente recebe as informações que a mãe traz e os papéis que a mãe traz do hospital. Se for uma família organizada, que tem tudo do hospital, então você sabe tudo (E2E). Do hospital universitário recebo a alta da paciente, da mãe, mas não recebo nada do pré-termo. Recebo o que vem com a família, que na verdade é da família (E2E).</i> | |
| Informacional | Apesar de reconhecerem que há especificidades para os diferentes serviços que atendem ao pré-termo ficou evidente que alguns profissionais da ESF não têm conhecimento sobre as diretrizes do MS em relação ao acompanhamento do pré-termo após a alta hospitalar | <i>Eu acho que aqui (ESF) é uma assistência que complementa a assistência do ambulatório de neonatologia, né, que geralmente essas crianças que são prematuras, elas já são orientadas e até agendadas nos próprios ambulatórios de neonatologia do hospital que ela nasceu. Mas é uma situação que na unidade a gente complementa, a gente vê esse paciente dentro da comunidade (E1M).</i> | |

continue...

...continuation

| Dimensão | Evidências | Exemplos a partir das Entrevistas | Tema |
|---------------|---|--|---|
| Informacional | Foi possível identificar que a pandemia de COVID 19 dificultou o gerenciamento de informações entre os profissionais da mesma equipe na ESF em virtude da suspensão das reuniões multiprofissionais semanais. | <i>Agora com a pandemia mudou um pouco nossa rotina, mas antes tínhamos reuniões frequentes para discutir os casos que surgiam de crianças prematuras e a gente buscava uma solução em equipe, mas agora está suspenso porque o nosso foco é a COVID-19 (E4E). Geralmente, antes da pandemia, na sexta-feira a gente reúne na visita domiciliar, o agente de saúde passa a informação e aí a gente discute o caso e fazemos o encaminhamento seja para realizar a visita ou marcar consulta (E2E).</i> | Fragilidades Informacionais na rede de atenção ao pré-termo |
| Relacional | Dificuldades para estabelecer vínculo com a família do pré-termo; dentre essas, destaca-se a alta rotatividade dos profissionais da equipe, o que reflete na relação deficiente entre o ACS e a comunidade. | <i>Geralmente ficamos sabendo que é pré-termo ou não quando a mãe vem para a unidade em busca da primeira vacinação. Não temos ainda, nessa unidade, o vínculo do ACS para passar essa informação para a gente. Então a gente já realiza o cadastro da criança, fazemos a visita domiciliar e o acompanhamento na unidade (E3E). Às vezes é difícil manter toda a agenda de mulheres no pré-natal e também aquelas que estão no puerpério, além de todas as outras situações que a gente também tem que acolher dentro da unidade de saúde da família. Temos dificuldade em manter uma equipe que consiga acolher a paciente desde a recepção até o médico. Temos alta rotatividade nas equipes de saúde da família (E1M).</i> | Interações frágeis entre família do pré-termo e profissionais |
| Relacional | O grande número de pacientes por área adscrita para atendimento da ESF contribui para o aumento da demanda, fragilizando o vínculo entre a comunidade e a unidade de saúde. | <i>Pelo número grande de pacientes, muitas vezes a gente não consegue ter esse vínculo. Porque tem unidade que atende áreas descobertas, o fluxo é muito grande em algumas unidades. Aqui está sendo intenso também. Tem criança prematura que eu não consigo dar a devida atenção, eu atendo bastante criança e tem que ter esse vínculo (E3M).</i> | |
| Relacional | A busca ativa realizada pelo ACS para que a família realize o acompanhamento na ESF é uma realidade identificada no cenário de pesquisa. Na percepção de profissionais, a família pode não reconhecer a importância do seguimento feito pela ESF. | <i>O acompanhamento certo teria que ser cem por cento, mas se não é a gente ir atrás e trazer o problema, acaba sendo muito difícil a mãe vir. Porque como ela já tem um acompanhamento com suporte maior que é o hospital e acham que o suporte da atenção primária é muito pouco (E4A).</i> | |

Fonte: Dados da pesquisa.

atendimentos, acesso moroso aos serviços da RAS. Assim, identifica-se que a longitudinalidade para o cuidado, que é um dos pilares essenciais da APS, encontra-se comprometida. Este atributo compreende a continuidade do cuidado ao longo do tempo, mediada por relações de vínculo e confiança entre o usuário e o profissional de saúde, o que se mostrou fragilizado no presente estudo. A partir da longitudinalidade é possível conhecer o usuário e seu contexto, bem como seus comportamentos, hábitos e problemas de saúde, para assim propor cuidados e intervenções adequadas⁽¹⁵⁾.

Ademais, observou-se fragilidade no atributo da integralidade para o cuidado na APS, uma vez que os profissionais relataram dificuldades no atendimento do pré-termo na ESF e seus encaminhamentos à serviços especializados, dificultando a resolutividade da atenção, elemento chave no atributo da integralidade.

Os profissionais referiram dificuldades no acesso a especialidades, inexistência de insumos básicos para o cuidado, referência e contrarreferência frágeis. Nesse contexto, os profissionais acabam tendo que utilizar ferramentas informais para conseguirem fazer os encaminhamentos dos RNPT.

Deste modo, percebe-se que a continuidade da gestão nesses serviços é insuficiente para garantir a qualidade do cuidado ao pré-termo egresso da unidade neonatal. Isso porque os atendimentos não ocorrem de maneira complementar e oportuna, com vistas a atender aos objetivos comuns de cuidado e atenção ao RNPT, o que dificulta o acesso aos usuários aos serviços de

saúde e não permite a flexibilidade e adaptação dos cuidados ofertados em longo prazo.

Os resultados da presente investigação são consonantes com outro estudo que evidenciou que a dimensão relacionada com a continuidade de gestão no seguimento do pré-termo ainda é deficitária e existe a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de atenção e a construção de uma linha de cuidado na assistência prestada à criança egressa de UTIN na terceira etapa do MC; porém, os profissionais não sabem como colocá-la em prática⁽¹²⁾, o que predispõe à descontinuidade do seguimento da criança egressa da UTIN. Esta falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção vem sendo um desafio há anos, em diversas outras áreas da assistência à saúde, em que há prejuízo na continuidade do cuidado a ser oferecido, devido à dificuldade no reconhecimento das responsabilidades de cada profissional na articulação de serviços da RAS⁽¹⁶⁾.

Ademais, a articulação entre o nível primário e o terciário de saúde ainda é frágil e não parece estar presente no cotidiano da ESF, sendo o acompanhamento do RNPT e/ou de baixo peso realizado quase que predominantemente em ambulatórios de seguimento hospitalar. Uma questão que parece contribuir para a não valorização da contrarreferência para os profissionais da ESF é que embora esses reconheçam a importância dessas unidades na continuidade dos cuidados, eles se acham despreparados para o acompanhamento da criança que nasceu RNPT e/ou BP, apontando a necessidade de receberem capacitação adequada para lidar com as peculiaridades dessas crianças⁽¹⁷⁾. Observa-se, então, que a educação permanente na APS, mesmo sendo uma

política de saúde nacional e estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), não é uma realidade nos locais investigados. A qualificação dos profissionais de saúde pode contribuir para a transformação das práticas em saúde na atenção ao RNPT e sua família, sendo que a educação permanente pode ocorrer por meio do uso de tecnologias como a internet, a educação a distância e o Telessaúde⁽¹⁸⁾.

Ressalta-se ainda que o processo de referência e contrarreferência no sistema de saúde brasileiro ainda é deficiente e a comunicação entre os profissionais da atenção terciária e da ESF ocorre de maneira discreta, sendo o repasse das informações realizado quase que exclusivamente pelo usuário e/ou seus cuidadores⁽⁶⁾. Nesse contexto, identifica-se a necessidade de elaborar fluxos de referência e contrarreferência do RNPT, com vistas a que esse e sua família tenham acesso aos distintos pontos de atenção das RAS para que ocorra a integralidade do cuidado⁽⁹⁾.

Ainda, a coordenação da APS mostrou-se insatisfatória, devido a falhas na comunicação entre os serviços da rede e a equipe da APS. Limitação na comunicação entre as famílias de RNPT e os profissionais de saúde também estão presentes em contexto internacional, revelando não existir cooperação entre eles e identificando diferentes expectativas e falta de comunicação entre enfermeiros da UTIN e enfermeiros de outros serviços sobre o planejamento de alta dessas crianças⁽¹⁹⁾.

Em relação à comunicação com o hospital de origem da criança, os profissionais do presente estudo relataram que apenas os Hospitais Universitários costumam enviar cartas de alta do neonato para a ESF, mas que na maioria dos casos, eles desconhecem quais foram os desfechos da internação e ficam na dependência das informações oferecidas pelas mães para dar início ao acompanhamento adequado.

Os profissionais da ESF referem que a comunicação formal de referência e contrarreferência do seguimento da criança, quando ocorre, se faz a partir das informações registradas na Caderneta de Saúde da Criança (CSC) ou no resumo de alta. No entanto, não havia indicação da Unidade de Saúde de referência da criança, sendo que os pais e cuidadores assumiam a busca pelo atendimento na atenção primária e, muitas vezes, acabavam peregrinando pelo sistema de saúde, evidenciando um fluxo ainda fragmentado⁽¹⁰⁾. Reitera-se que apesar da CSC ser considerada um importante instrumento de comunicação entre os profissionais de saúde, ela não foi citada pelos participantes deste estudo.

No que se refere ao processo de referência e contrarreferência no caso dos RNPT, a estratégia MC busca promover a integração dos serviços na RAS para proporcionar uma assistência mais eficiente nos diferentes âmbitos assistenciais. Nessa perspectiva, torna-se imprescindível destacar que os pontos de atenção devem funcionar como redes e estarem conectados com vistas a minimizar a fragmentação do cuidado e garantir a integralidade da assistência⁽²⁰⁾. Na realidade estudada, identificou-se uma dificuldade na articulação da RAS, na comunicação com outros serviços, bem como pouco conhecimento dos profissionais sobre o MC. Assim como em outros estudos, em relação ao MC, fica evidente nos discursos que algumas mães e profissionais reconhecem os benefícios do método, porém reduzem o processo apenas à posição canguru⁽²¹⁾.

Desta forma, seria importante que os gestores da instituição se sensibilizassem quanto à implementação de boas práticas em saúde neonatal, visando a qualidade da assistência prestada, a capacitação dos profissionais envolvidos e ofertando condições apropriadas para a efetivação do trabalho desenvolvido e um cuidado humanizado ao RN e seus familiares⁽²²⁾.

Compreende-se que o papel gerenciador do profissional enfermeiro é uma peça importante na articulação com os demais níveis da rede de atenção a saúde e no gerenciamento interno dos cuidados à população adscrita. Para que ocorra uma comunicação positiva na APS é imprescindível que haja comunicação adequada entre os níveis de atenção para que possam ser realizados os encaminhamentos e os usuários retornem à ESF com as informações clínicas necessárias para a continuidade do cuidado⁽²³⁾.

Outros autores corroboram os achados do presente estudo e apontam fragilidades entre a articulação do serviço hospitalar e a ESF, na terceira etapa do MC, bem como na dependência do acompanhamento das famílias dos pré-termos no ambulatório do hospital em detrimento deste seguimento na atenção primária⁽²⁴⁾. Essa preferência por parte das famílias também foi citada pelos profissionais desta pesquisa, que afirmam que as próprias mães referem pensar que, por se tratar do hospital de nascimento da criança, o acompanhamento neste local é mais importante e não há necessidade de acrescentar outro.

Esta ideia das mães é reforçada por outro estudo que analisou a qualidade da transição hospital/domicílio e sua relação com readmissões hospitalares das crianças de risco. Os resultados mostraram a falta de articulação entre os profissionais da atenção terciária e da APS, ausência de referência e contrarreferência em diferentes pontos da RAS e o baixo índice de crianças acompanhadas pela APS após a alta hospitalar⁽²⁵⁾.

A continuidade em sua dimensão relacional corresponde tanto a um elo de cuidados atuais quanto de cuidados futuros, de forma que proporcione aos indivíduos assistidos a sensação de previsibilidade e coerência nos cuidados⁽⁴⁾. Assim, no presente estudo, foi possível perceber que esta dimensão está intimamente ligada ao êxito no acompanhamento do pré-termo pela ESF. Os participantes do estudo relataram que quando não há vínculo estabelecido entre a família e a equipe há pouca adesão dos pais ao acompanhamento pela ESF. Após a alta hospitalar, a família desempenha importante papel na promoção dos cuidados, a fim de assegurar a sobrevida e o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, orientando-se pelas informações recebidas no hospital e aquelas fornecidas na visita domiciliar (VD) inicial realizada pelo ACS e demais profissionais da ESF.

Nesse contexto, o empoderamento dos cuidadores parentais é favorecido pela informação que lhes é oferecida e pelo acompanhamento dos profissionais de saúde, sendo a disponibilidade e escuta realizada por estes fator determinante para o desenvolvimento do protagonismo da família no cuidado ao pré-termo⁽²⁶⁾. De maneira semelhante, como afirmam os profissionais entrevistados nesta pesquisa, o vínculo previamente formado entre o núcleo familiar e a ESF tem papel importante em qualquer que seja a necessidade de cuidado da família, incluindo o nascimento de uma criança de risco e a sua chegada na comunidade.

A orientação aos pais/responsáveis sobre os cuidados com o pré-termo após a alta hospitalar deve ocorrer durante todo o

processo de internação⁽³⁾. É reconhecido que tais orientações são cruciais para favorecer a continuidade do MC na atenção primária e terciária. Por sua vez, os profissionais de saúde que atuam em maternidades remetem a continuidade do cuidado do pré-termo apenas ao serviço ambulatorial, suprimindo o compartilhamento do cuidado com a ESF⁽²¹⁾.

Não é esperado que as equipes da ESF assumam os cuidados da equipe especializada, mas que continuem realizando o trabalho de apoio à saúde e de estímulo e facilitação para a permanência da criança nos diferentes serviços, reforçando a parceria entre os dois níveis de atenção⁽³⁾.

Finalmente, em relação à continuidade informacional, tal dimensão mostrou-se pouco desenvolvida neste estudo, e isso reflete na qualidade do vínculo, bem como na adesão ao acompanhamento do pré-termo, tendo em vista que as dimensões relacional e informacional, se não presentes em sua completude, comprometem a continuidade do cuidado após a alta, tanto nesta pesquisa, como nos estudos da mesma natureza já realizados^(27,28).

Profissionais de diferentes serviços precisam ter acesso a informações abrangentes sobre atendimentos anteriores e condições de saúde do indivíduo que estão acompanhando, a fim de subsidiar a efetivação do cuidado. Sendo assim, por meio da informação é possível realizar uma assistência articulada entre os diferentes profissionais e implementar um plano de cuidado coerente com as necessidades do usuário, e este consegue dar continuidade ao seu próprio cuidado quando tem as informações compartilhadas⁽²⁹⁾.

Em relação ao acesso a informações, a ausência de dados sobre a puérpera e seu filho após o parto dificultam a continuidade da assistência pela ESF, sendo que se as mães não recebem a VD da equipe de saúde da família, os profissionais não terão acesso a informações sobre os pacientes⁽²¹⁾. Portanto, percebe-se que a falta de comunicação, ou seja, a fragilidade na dimensão informacional, de ambos os lados, prejudica a aproximação dos sujeitos e conseqüentemente, o desenvolvimento das demais dimensões que constituem a continuidade do cuidado.

Neste sentido, destaca-se que no período de transição hospital-casa é fundamental que a criança e sua família sejam acompanhadas precoce e continuamente e, além disso, devem ser realizadas visitas domiciliares pelos profissionais da ESF, e outras ações para facilitar o processo de adaptação familiar nesse período. No presente estudo, pelo relato dos profissionais foi possível captar que as famílias previamente informadas sobre a necessidade de acompanhamento, tanto pelos profissionais de saúde da família quanto pela equipe hospitalar, são as mais propensas a formar vínculo com a ESF e buscar o acompanhamento do pré-termo.

Alguns profissionais entrevistados na presente pesquisa citam que sem o repasse de informações pelas famílias/cuidadores parentais, o gerenciamento dessas fica mais difícil pelo serviço. Ademais, muitas mães têm preferência por realizar o acompanhamento dos seus filhos nos ambulatórios de neonatologia, com pediatras e outros especialistas, julgando que a atenção básica não oferece a assistência necessária para a criança. Essa situação corrobora estudo que mostrou que os profissionais da ESF, quando se referiam às crianças nascidas pré-termo e/ou de baixo peso, relativizavam cuidados que reconheciam como de sua responsabilidade, como o acompanhamento de peso e estatura,

vacinação, orientação alimentar e cuidados com a higiene, demonstrando dificuldades em reconhecer a criança de risco como responsabilidade de toda a rede de serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Estudo sobre a qualidade do serviço de transição hospital/domicílio, ou preparo para alta do RN pré-termo, identificou que, em hospitais onde havia um protocolo de alta individualizado desde a internação, houve redução das reinternações hospitalares, as quais ocorrem devido à má comunicação entre os profissionais, o paciente e a família quanto às orientações e aos cuidados no domicílio⁽³⁰⁾.

Conclui-se que o seguimento de crianças pré-termo mantém-se desconhecido para os profissionais da ESF. Há dificuldades identificadas em diversos estudos^(2,9,10), que há anos mencionam alguns entraves para o cuidado integral e longitudinal no seguimento do RNPT na ESF, dentre esses, dificuldades das equipes em: coordenar e articular a rede de cuidados; executar protocolos e diretrizes nacionais; manejar questões do cotidiano e da dinâmica familiar; estabelecer e efetuar planos terapêuticos longitudinais; e a necessidade de articular meios de comunicação com outros serviços da rede de atenção. Ou seja, as dimensões da continuidade do cuidado são usadas como ferramentas para execução da assistência ao pré-termo na ESF, mas ainda precisam ser mais bem desenvolvidas, pois a ausência ou fragilidade de apenas uma delas impede o êxito das demais⁽⁴⁾.

Evidenciou-se neste estudo que o contexto da pandemia da COVID-19 apresentou desafios adicionais à dimensão informacional da continuidade do cuidado e pesquisas apontam que há repercussões negativas deste período no seguimento infantil. Vale destacar que o contexto pandêmico trouxe medidas sanitárias que restringiram o atendimento. Assim, inferimos que novos estudos sejam desenvolvidos e capazes de mostrar os desfechos da pandemia, em médio e longo prazo, em relação à continuidade da atenção ao pré-termo.

Dentre as limitações do estudo, está a realização da coleta de dados durante a pandemia do vírus SARS CoV-2, momento em que as equipes de ESF estavam destinadas ao tratamento de casos leves da doença e o acompanhamento dos demais seguimentos estavam temporariamente suspensos. Além disso, a investigação restringiu-se a analisar a percepção de profissionais de saúde de unidades de saúde da família, sem incluir os profissionais que atuam nos hospitais e ambulatórios de seguimento. Reconhece-se, contudo, a necessidade de aprofundar a abordagem da processualidade envolvida na continuidade do cuidado ao pré-termo e cada um dos aspectos encontrados, considerando-se as especificidades dos diferentes níveis de atenção.

Quanto ao avanço desta pesquisa para a prática da enfermagem, tem-se que os cuidados após a alta hospitalar são determinantes no processo de manutenção da saúde da criança nascida em condição de risco e emerge a necessidade de um assistir que objetive o cuidado integral no domicílio. Assim sendo, o enfermeiro tem papel de destaque na ESF pela sua formação generalista, facilidade de comunicação com outras áreas, experiência no planejamento, execução e avaliação das ações e, por conseguinte, capacidade para favorecer o gerenciamento das informações entre os diferentes níveis de atenção à saúde e conseqüentemente a continuidade do cuidado a ser dispensado aos pré-termos e suas famílias.

Destarte, o presente estudo avança ao abordar a continuidade do cuidado do RNPT com enfoque nos elementos que interferem negativamente na continuidade deste cuidado em unidades da APS. Neste contexto, os resultados apontaram as principais dificuldades, fragilidades e desafios que precisam ser superados, o que poderá subsidiar ações de aprimoramento da assistência de enfermagem ao RNPT egresso da UTIN. Assim, a partir dos achados apresentados é possível discutir a ampliação das práticas de saúde nas unidades de ESF, que inclui melhoria nas dimensões gerencial, informacional e relacional do cuidado do RNPT egresso de UTIN, especificamente na APS.

CONCLUSÃO

Os desafios gerenciais na continuidade da atenção no cenário investigado são expressos como dificuldades em relação ao gerenciamento de informações dentro e fora da ESF, dificuldade de adesão da família ao acompanhamento além do ambulatório de neonatologia e dificuldade no reconhecimento do papel da ESF no processo de seguimento do pré-termo, tanto pela família quanto pela própria equipe de saúde.

Os dados mostraram que a dimensão relacional na atenção ao pré-termo é marcada por dificuldades no estabelecimento do vínculo dos profissionais de saúde com a família, devido à falta de conhecimento desta sobre a necessidade de acompanhamento da criança tanto pelo ambulatório do hospital de nascimento como também pela ESF. Consequentemente, esta falta de conhecimento/orientação também reflete a falta de um vínculo prévio, que poderia ser estabelecido anteriormente ou durante a internação e preparo para a alta.

Na atenção pós-alta ao pré-termo, as fragilidades informacionais são a soma das dificuldades em se estabelecer comunicação e falta de orientação adequada, contribuindo para as dificuldades encontradas nas demais dimensões, resultando em gerenciamento falho da assistência e vínculo interrompido/fragilizado.

No contexto deste estudo, existe, da parte dos profissionais entrevistados, o reconhecimento da necessidade de se capacitar e se munir de conhecimentos para melhor atender os pré-termos egressos de UTIN e suas famílias e, sobretudo, o desejo de oferecer uma assistência mais qualificada a esta população.

RESUMO

Objetivo: Identificar as fragilidades para a continuidade do cuidado ao pré-termo egresso de unidade neonatal, a partir da perspectiva de profissionais da estratégia saúde da família. **Método:** Pesquisa qualitativa, realizada junto a 16 profissionais de quatro regionais de saúde de uma capital do centro-oeste do Brasil. A coleta dos dados ocorreu nos meses de outubro a dezembro de 2020, por meio de entrevistas semiestruturadas, individuais e presenciais. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, sustentada pelo conceito da continuidade do cuidado. **Resultados:** Três categorias compuseram a análise: Desafios para o atendimento na unidade e para o encaminhamento aos serviços especializados; Interações frágeis entre família do pré-termo e profissionais de saúde; Informação: aspecto essencial para a conexão entre profissionais de saúde e família do recém-nascido pré-termo. **Conclusão:** Os serviços de saúde mostram-se frágeis quanto às dimensões da continuidade do cuidado colaborando para a descontinuidade da atenção à criança nascida pré-termo.

DESCRITORES

Recém-Nascido Prematuro; Continuidade da Assistência ao Paciente; Alta do Paciente; Pessoal de Saúde; Estratégias de Saúde Nacionais.

RESUMEN

Objetivo: Identificar debilidades en la continuidad de la atención al recién nacido prematuro egresado de una unidad neonatal, desde la perspectiva de los profesionales de la estrategia de salud de la familia. **Método:** Investigación cualitativa, realizada con 16 profesionales de cuatro regiones sanitarias de una capital del centro-oeste de Brasil. La recolección de datos se realizó de octubre a diciembre de 2020, mediante entrevistas semiestructuradas, individuales y presenciales. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido, sustentado en el concepto de continuidad de la atención. **Resultados:** Tres categorías comprendieron el análisis: Desafíos para la atención en la unidad y derivación a servicios especializados; Interacciones débiles entre la familia del bebé prematuro y los profesionales de la salud; Información: aspecto esencial para la vinculación entre los profesionales de la salud y la familia del recién nacido prematuro. **Conclusión:** Los servicios de salud son frágiles en términos de continuidad de la atención, lo que contribuye a la discontinuidad de la atención a los niños nacidos prematuros.

DESCRIPTORES

Recien Nacido Prematuro; Continuidad de la Atención al Paciente; Alta del Paciente; Personal de Salud; Estrategias de Salud Nacionales.

REFERÊNCIAS

1. Gaíva MAM, Rodrigues EC, Toso BRGO, Mandetta MA. Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família [internet]. São Paulo: Organização Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras; 2021 [citado em 2023 Jun 27]. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x66310.x19092.pdf>.
2. Oliveira JAD, Braga PP, Gomes IF, Ribeiro SS, Carvalho PCT, Silva AF. Continuidade no cuidado da prematuridade. Saúde (Santa Maria). 2019;45(1):1–11. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583423912>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Método Canguru: manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 2023 Jun 27]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terceira_etapa_metodo_canguru.pdf.
4. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003;327(7425):1219–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>. PubMed PMID: 14630762.
5. Meiqari L, Al-Oudat T, Essink D, Scheele F, Wright P. How have researchers defined and used the concept of ‘continuity of care’ for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework. Health Res Policy Syst. 2019;17(1):27. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-019-0426-1>. PubMed PMID: 30845968.
6. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03477. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>. PubMed PMID: 31291396.

7. Gallo VCL, Hammerschmidt KSA, Khalaf DK, Lourenço RG, Bernardino E. Transição e continuidade do cuidado na percepção dos enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Recien*. 2022;12(38):173–82. doi: <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.173-182>.
8. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3162. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>. PubMed PMID: 31432917.
9. Berres R, Baggio MA. (Dis)continuation of care of the pre-term newborn at the border. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180827. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0827>. PubMed PMID: 32321130.
10. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. *Esc Anna Nery*. 2017;21(2):e20170028. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170028>.
11. Cechinel-Peiter C, Santos JLG, Lanzoni GMM, Menegon FH, Soder RM, Bernardino E. Continuidade do cuidado em saúde: análise da produção de teses e dissertações brasileiras. *Rev Min Enferm*. 2021;25:e-1387. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210035>.
12. Zanetoni TC, Cucolo DF, Perroca MG. Interprofessional actions in responsible discharge: contributions to transition and continuity of care. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20220452. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0452pt>. PubMed PMID: 38047743.
13. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into brazilian portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
15. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(2):186–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900026>.
16. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1):1–8. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>.
17. Silva MS, Lamy ZC, Simões VMF, Pereira MUL, Campelo CMC, Gonçalves LLM. Acompanhamento na terceira etapa do método canguru: desafios na articulação de dois níveis de atenção. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2018;42(4):671–85. doi: <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n4.a3033>.
18. Fuzissaki MA, Clapis MJ, Bastos MAR. Consolidação da política nacional de educação permanente: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE*. 2014 [citado em 2023 Jun 27];8(4):1011–20. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/9773/9910>.
19. Voie MP, Tumbly J, Stromsvik N. Collaboration challenges faced by nurses when premature infants are discharged. *Nurs Child Young People*. 2018;30(2):33–8. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ncyp.2018.e960>. PubMed PMID: 29512964.
20. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1):e20180214. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>.
21. Reichert APS, Soares AN, Bezerra ICS, Dias TKC, Guedes ATA, Vieira DS. Maternal experience with the kangaroo method at home. *Rev Min Enferm*. 2020 [citado em 2023 Jun 27];24:e-1295. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Ry7cdjtcQKZsWskdTrJQ78S/?format=pdf&lang=en>.
22. Ferreira DO, Silva MPC, Galon T, Goulart BF, Amaral JB, Contim D. Método canguru: conhecimento entre enfermeiras. *Esc Anna Nery*. 2019;23(4):e20190100. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0100>.
23. Cabral DS, Nascimento MC, Miranda TPS, Silva Jr SI, Bittencourt F, Silva SA. Evaluation of healthcare networks by nurses in the Family Health Strategy. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03589. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018048703589>. PubMed PMID: 32813787.
24. Cañedo MC, Nunes CB, Gaíva MAM, Vieira ACG, Schultz IL. “I’m going home. And now?” The difficult art of the Kangaroo Method at home. *Rev Enfer UFMS*. 2021 [citado em 2023 Jun 27];11:1–23. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/63253/html>.
25. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan*. 2019;19:e1945.
26. Osorio GSP, Salazar MAM. El empoderamiento de los padres para el cuidado del hijo prematuro. *Rev Cuid (Bucaramanga)*. 2022;13(2):e2104. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2104>.
27. Silva RMM, Pancieri L, Zilly A, Spohr FA, Fonseca LMM, Mello DF. Follow-up care for premature children: the repercussions of the COVID-19 pandemic. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29:e3414. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4759.3414>. PubMed PMID: 33852686.
28. Cabral IE, Pestana-Santos M, Ciuffo LL, Nunes YR, Lomba MLLF. Child health vulnerabilities during the COVID-19 pandemic in Brazil and Portugal. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29:e3422. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4805.3422>. PubMed PMID: 34231787.
29. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1(3):134–43. doi: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.23>. PubMed PMID: 15043374.
30. Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):294–301. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>. PubMed PMID: 31826223.

EDITOR ASSOCIADO

Ivone Cabral

Apoio financeiro

O presente trabalho, desenvolvido pelas pesquisadoras do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, recebeu o benefício do AUXPE proveniente do PDPG.



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