

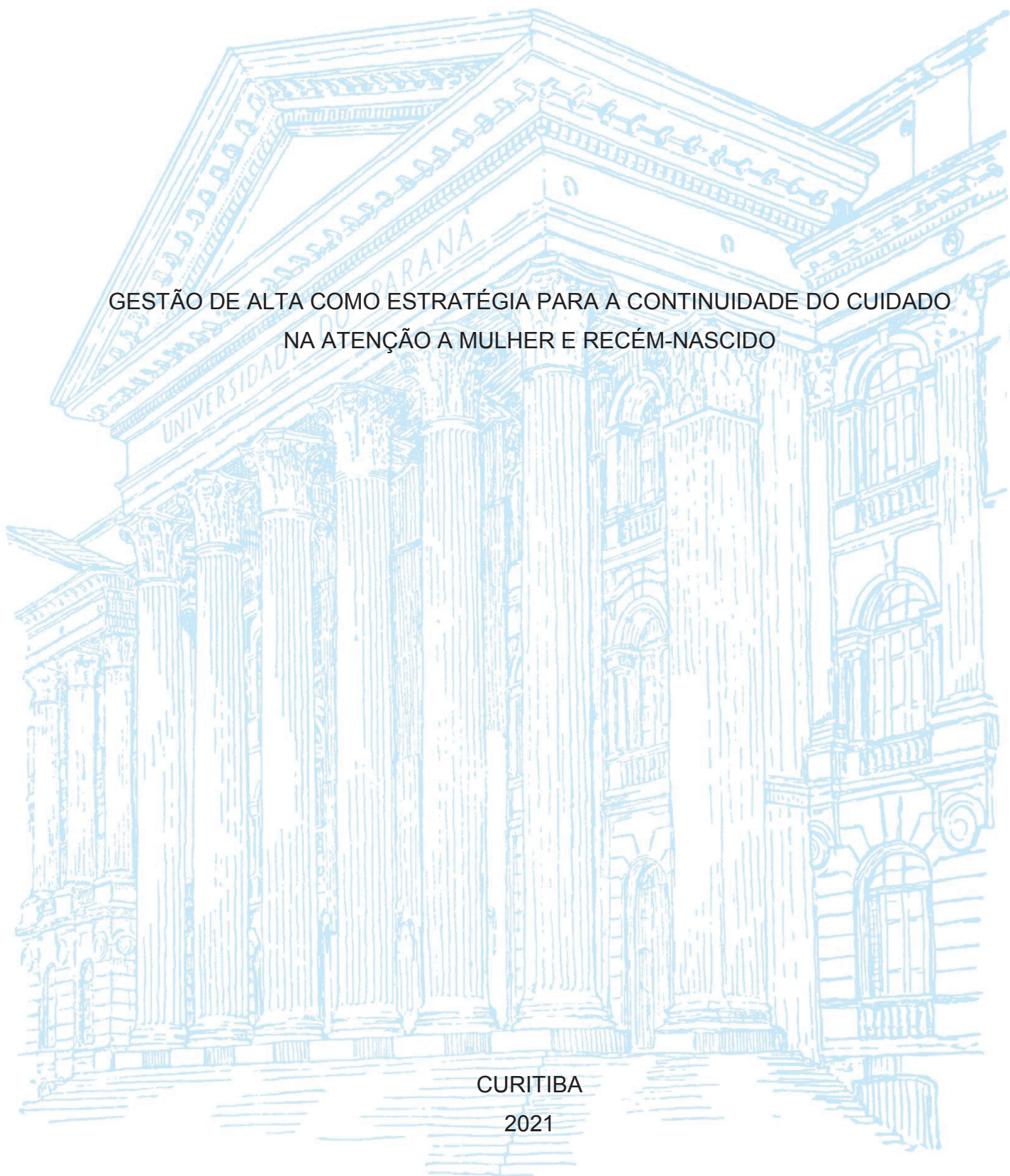
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LETICIA SINISKI DE LIMA

GESTÃO DE ALTA COMO ESTRATÉGIA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO  
NA ATENÇÃO A MULHER E RECÉM-NASCIDO

CURITIBA

2021



LETICIA SINISKI DE LIMA

GESTÃO DE ALTA COMO ESTRATÉGIA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO  
NA ATENÇÃO A MULHER E RECÉM-NASCIDO

Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências e Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

CURITIBA

2021

Lima, Leticia Siniski de

Gestão de alta como estratégia para a continuidade do cuidado na atenção a mulher e recém-nascido [recurso eletrônico] / Leticia Siniski de Lima – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

1. Enfermagem. 2. Continuidade da assistência ao paciente. 3. Regulação e fiscalização em saúde. 4. Administração de serviços de saúde. 5. Serviços de saúde materno-infantil. I. Bernardino, Elizabeth. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73

# TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001016045P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **LETICIA SINISKI DE LIMA** intitulada: **GESTÃO DE ALTA COMO ESTRATÉGIA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO A MULHER E RECÉM-NASCIDO**, sob orientação da Profa. Dra. ELIZABETH BERNARDINO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 10 de Fevereiro de 2021.

Assinatura Eletrônica  
12/02/2021 16:14:42.0  
ELIZABETH BERNARDINO  
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica  
12/02/2021 15:40:51.0  
AIDA MARIS PERES  
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica  
12/02/2021 16:00:29.0  
JAQUELINE DIAS DO NASCIMENTO SELLETI  
Avaliador Externo (HOSPITAL DE CLÍNICA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica  
12/02/2021 15:17:17.0  
TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO  
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.  
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 73913

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>  
e insira o código 73913

*Dedico este trabalho aos meus filhos amados, que me apoiam e me fortalecem em todos os dias da minha vida. Amo vocês.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por guiar, me proteger e amparar em todos os momentos da minha vida.

À Nossa **Senhora Aparecida**, a quem devo tantos louvores.

À minha família, principalmente minha mãe **Dila**, meu pai **Djalma** e minha avó **Marline**, que me apoiaram e me deram condições para que eu conseguisse cada uma das conquistas de minha vida.

Aos meus filhos **João** e **Paulo** pela compreensão e colaboração diária e cada palavra de amor nos momentos difíceis.

À Professora Doutora **Elizabeth Bernardino**, minha orientadora, pela paciência, pela oportunidade de crescimento e pela tamanha dedicação e respeito que trata seus alunos.

Às Professoras Doutoras **Aida Maris Peres** e **Tatiane Herreira Trigueiro** pela contribuição essencial em minha banca avaliadora da qualificação

À Doutora **Solange**, que me foi tão atenciosa e solícita na construção deste trabalho, sem nem mesmo me conhecer, não poupou esforços.

Às minhas amigas e parceiras **Denise** e **Otília** por estarem ao meu lado sempre que precisei, com uma palavra amiga, um gesto de carinho e contribuição ímpar na construção deste trabalho.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pela oportunidade e por cada ensinamento durante esses dois anos.

Ao **GPPGPS** pelos valiosos momentos de aprendizagem, que me oportunizaram e desenvolvimento como profissional de enfermagem.

À **Secretaria Municipal de Saúde** por ter aberto suas portas para realização deste trabalho.

E aos **profissionais e às usuárias** que aceitaram participar desta construção que permanecerá como um marco em minha vida.

## RESUMO

Os gestores do Complexo do Hospital de Clínicas (CHC) implantaram em 2018 o Serviço de Gestão de Alta, buscando otimizar a continuidade do cuidado, e diminuir a fragmentação da assistência prestada na rede de saúde. Para tanto utilizou-se a contrarreferência para repassar as informações necessárias à atenção primária. O objetivo do estudo foi avaliar a contrarreferência como estratégia para continuidade do cuidado em pacientes de uma maternidade de risco habitual para a atenção primária de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório realizado na Maternidade Victor Ferreira do Amaral (MVFA), parte do CHC, que realiza atenção obstétrica de risco habitual, e nas unidades municipais de saúde (UMS) da Prefeitura de Curitiba, que tem referência com a MVFA, participaram do estudo oito profissionais de saúde da atenção primária e seis mulheres, puérperas atendidas na MVFA e na atenção primária. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas áudio-gravadas, realizadas nos meses de outubro e novembro do ano 2020. Após transcrição, os dados foram submetidos a análise temática de Braun e Clarke (2006), com temas e subtemas pré-definidos pelo referencial teórico utilizado, Reid, Haggerty e McKendry (2002). Os profissionais da saúde foram exclusivamente enfermeiros, predominantemente do sexo feminino, com idades entre 25 a 55 anos. As puérperas tinham idades de 18 a 45 anos, e a maioria com formação escolar de nível médio. O discurso dos profissionais foi transformado em extratos, como se pede a análise temática. O resultado originou 24 extratos, estes foram classificados primeiramente de acordo com os tipos de continuidade que se conectavam (gerencial, informacional e relacional), na sequência houve do agrupamento, destes extratos, nas dimensões de cada tipo de continuidade. Os enfermeiros destacaram que o uso da contrarreferência permitiu o acesso às informações, anteriormente desconhecidas, as quais deram subsídios para equipe de saúde promover equidade nos atendimentos, e um cuidado mais eficiente e resolutivo para as puérperas. Esses profissionais consideraram a contrarreferência parte de uma construção da integração dos níveis assistenciais, iniciado por políticas públicas como o Programa Rede Mãe Curitiba Vale a Vida. As mulheres evidenciaram o acesso às informações, sobre o internamento pelos profissionais na UMS, na maior parte dos casos. A comunicação efetiva entre os níveis de atenção, também foi ressaltado por elas, pois, a não adesão a primeira consulta puerperal, ocasionou a busca ativa. Foi apontado pelas puérperas a necessidade de fortalecimento da relação junto aos profissionais da atenção primária, principalmente por experiências problemáticas ligadas ao pré-natal. O período de internamento na MVFA teve repercussão positiva para as estas mulheres, pautado ao bom relacionamento com a equipe de saúde. Os dados obtidos possibilitaram a avaliação da continuidade de cuidado com uso da contrarreferência, e ainda foi possível a análise da percepção dos profissionais e usuárias do sistema de saúde em relação ao instrumento. Pode-se perceber que a contrarreferência contribui para a continuidade do cuidado, abrangendo todas as classificações apontadas pelo referencial teórico utilizado, todos os participantes indicaram sentir algum grau de continuidade do cuidado relacionado ao uso da contrarreferência. Se mostrou necessário a padronização do formulário e uso seja rotineiro, para todas as usuárias que retornam à atenção primária, parece que isso diminuiria ainda mais a possibilidade de fragmentação no atendimento obstétrico entre a maternidade e atenção primária.

Palavras-chave: Continuidade da assistência. Regulação e fiscalização em saúde.  
Administração de serviços de saúde. Serviços de  
saúde-materno-infantil.  
Enfermagem.



## ABSTRACT

The managers of the Clinical Hospital Complex (CHC) implemented in 2018 the Discharge Management Service, seeking to optimize the continuity of care, and reduce the fragmentation of the assistance provided in the health network. To this end, the counter-reference was used to pass on the necessary information to primary care. The objective of the study was to evaluate the counter-reference as a strategy for continuity of care in patients from a usual risk maternity hospital to primary health care. This is an exploratory qualitative study carried out in the maternity Victor Ferreira do Amaral (MVFA), part of the CHC, which performs obstetric care of usual risk, and in municipal health units (UMS) of the Municipality of Curitiba, which has reference with the MVFA, participated in the study eight health professionals from primary care and six women, puerperal assisted in MVFA and primary care. Data collection was performed through audio-recorded interviews, conducted in October and November 2020. After transcription, the data were submitted to thematic analysis by Braun and Clarke (2006), with themes and subthemes predefined by the theoretical framework used, Reid, Haggerty and McKendry (2002). The health professionals were exclusively nurses, predominantly female, aged 25 to 55 years. The puerperal women were aged 18 to 45 years, and most had a high school education. The professionals' discourse was transformed into extracts, as required by thematic analysis. The result originated 24 extracts, which were first classified according to the types of continuity they connected (managerial, informational and relational), and then these extracts were grouped in the dimensions of each type of continuity. The nurses highlighted that the use of counter-reference allowed access to previously unknown information, which gave subsidies for the health team to promote equity in care, and a more efficient and resolution care for puerperal. These professionals considered the counter-reference part of a construction of the integration of the levels of care, initiated by public policies such as the Rede Mãe Curitibana Vale a Vida Program. The women showed access to information about the hospitalization by the professionals at the UMS, in most cases. The effective communication between the levels of care was also highlighted by them, because there is non-adherence to the first puerperal consultation, which caused the active search. Puerperal pointed out the need to strengthen the relationship with primary care professionals, mainly because of problematic experiences related to prenatal care. The period of hospitalization in the MVFA had a positive repercussion for these women, based on the good relationship with the health team. The data obtained allowed the evaluation of the continuity of care with the use of the counter-reference, and it was also possible to analyze the perception of professionals and users of the health system in relation to the instrument. It can be perceived that the counter-reference contributes to the continuity of care, covering all the classifications indicated by the theoretical reference used, all the participants indicated feeling some degree of continuity of care related to the use of the counter-reference. It was shown to be necessary to standardize the form and make its use routine for all users who return to primary care, it seems that this will reduce even more the possibility of fragmentation in obstetric care between maternity and primary care.

Keywords: Continuity of Patient Care. Health Care Coordination and Monitoring. Health Services Administration. Maternal-Child Health Services.  
Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - CONTINUIDADE DE ATENÇÃO .....	58
FIGURA 2 - FASES DA ANÁLISE TEMÁTICA.....	65
FIGURA 3 - MAPA TEMÁTICO – CONTINUIDADE INFORMACIONAL .....	70
FIGURA 4 - MAPA TEMÁTICO – CONTINUIDADE RELACIONAL .....	74
FIGURA 5 - MAPA TEMÁTICO - CONTINUIDADE GERENCIAL .....	77

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - SÍNTESE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS RELACIONADAS A SAÚDE DA MULHER .....	33
QUADRO 2 - FASES DA ANÁLISE DE ENTREVISTAS .....	66
QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	68
QUADRO 4 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES PUÉRPERAS.....	69
QUADRO 5 - CONTINUIDADE INFORMACIONAL: DIMENSÃO - A.....	71
QUADRO 6 - CONTINUIDADE INFORMACIONAL: DIMENSÃO - B.....	73
QUADRO 7 - CONTINUIDADE RELACIONAL: DIMENSÃO - A.....	75
QUADRO 8 - CONTINUIDADE RELACIONAL: DIMENSÃO - B.....	76
QUADRO 9 - CONTINUIDADE GERENCIAL: DIMENSÃO - A.....	78
QUADRO 10 - CONTINUIDADE GERENCIAL: DIMENSÃO - B.....	79
QUADRO 11 - CONTINUIDADE GERENCIAL: DIMENSÃO - C.....	80

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACOG	- American College of Obstetricians and Gynecologists
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	- Atenção Primária à Saúde
CC	- Continuidade do Cuidado
CHC	- Complexo do Hospital de Clínicas
CIC	- Cidade Industrial de Curitiba
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC	- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CR	- Contrarreferência
DS	- Distritos Sanitários
EO	- Enfermeiro Obstétrico
ESF	- Estratégia Saúde da Família
HC	- Hospital de Clínicas
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM	- Internacional Confederation of Midwives
MVFA	- Maternidade Victor Ferreira do Amaral
MS	- Ministério da Saúde
NAQH	- Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NIR	- Núcleos Internos de Regulação
NOAS	- Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NV	- Nascidos Vivos
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	- Organização das Nações Unidas
PAISC	- Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNSMI	- Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
Pnad	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RAS	- Redes de Atenção à Saúde

RC	- Rede Cegonha
REHUNA	- Rede de Humanização ao Nascer
RN	- Recém-nascido
RMM	- Razão Da Mortalidade Materna
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UCI	- Unidade de Cuidados Intermediários
UCINCo	- Unidade de Cuidados Intermediários Convencional
UMS	- Unidade Municipal de Saúde
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE SÍMBOLOS

® - marca registrada

§ - párrafo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 OBJETIVO.....	19
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS RELACIONADAS À SAÚDE DA MULHER .....	20
2.2 CONTINUIDADE DE CUIDADOS E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO .....	34
2.3 A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: FERRAMENTA PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS E A ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO .....	43
2.3.1 Enfermeira de ligação.....	48
2.3 ITINERÁRIO DA MULHER: PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DURANTE O CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL .....	49
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO – CONTINUIDADE DE CUIDADOS POR REID, HAGGERTY E MCKENDRY</b> .....	<b>54</b>
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>60</b>
4.1 CENÁRIO DO ESTUDO .....	60
4.2.1 Seleção de participantes .....	62
4.3 COLETA DE DADOS .....	63
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	64
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	67
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>68</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DE PARTICIPANTES .....	68
5.1.1 Profissionais de saúde .....	68
5.1.2 Mulheres puérperas .....	69
5.2 TEMA I: CONTINUIDADE INFORMACIONAL .....	70
5.3 TEMA II: CONTINUIDADE RELACIONAL.....	74
5.4 TEMA III: CONTINUIDADE GERENCIAL.....	77
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>81</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS .....	81
6.2 CARACTERIZAÇÃO DA MULHERES.....	82
6.3 CONTRARREFERÊNCIA: PELA ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE.....	83

6.4.1	Continuidade informacional - Transferência da informação.....	83
6.4.2	Continuidade informacional – Conhecimento acumulado.....	85
6.4.3	Continuidade relacional – Vínculo paciente provedor.....	86
6.4.4	Continuidade relacional - Estabilidade da assistência.....	88
6.4.5	Continuidade gerencial - Coerência na atenção.....	89
6.4.6	Continuidade gerencial - Acessibilidade dos níveis assistenciais.....	90
6.4.7	Continuidade gerencial - Flexibilidade no plano de cuidados.....	92
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>97</b>
	<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>114</b>
	<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PUÉRPERAS .....</b>	<b>116</b>
	<b>APÊNDICE 3 – ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>118</b>
	<b>APÊNDICE 4 – ENTREVISTA PARA PUÉRPERAS.....</b>	<b>119</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) está no foco das políticas públicas brasileiras nos últimos anos. O ano de 1984 se tornou um marco, pois observa-se um avanço no atendimento aos direitos das mulheres com a incorporação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que deu início a mudanças e melhorias dos indicadores epidemiológicos da saúde da mulher por contemplar à saúde da mulher em todos os ciclos da vida.

Posteriormente houveram criações de outros programas importantes, como o de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, em 2000, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2004 e em 2011 o Ministério da Saúde (MS) lança a Rede Cegonha, todos eles voltados a questões maternas e reprodutivas, os dois últimos com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos, e à necessidade de redução de mortalidade (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Em que pese os esforços realizados para redução da morbimortalidade, no Brasil, ainda assim, segundo o MS, (2018), a razão da mortalidade materna (RMM) foi de 59,1 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos (NV), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020), sendo que a meta estabelecida pelos objetivos de desenvolvimento sustentável é de 35/100.000 NV (OPAS, 2015).

Considerando a grande dimensão territorial, o Brasil apresenta a RMM desigual, enquanto a região sul do país, no ano de 2018, apresenta uma RMM de 38,2/100.000 NV, na região norte este número mais que dobra, 80,8/100.000 NV. Dentre os três estados da região sul, o Paraná permaneceu em segundo lugar e apresentou 38,4/100.000 NV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Ainda assim, a capital Curitiba destaca-se como exemplo de sucesso conseguindo manter o índice em RMM 17,6/100.000NV no ano de 2017 (CURITIBA, 2019). Esses resultados devem ser atribuídos às políticas públicas de saúde regionais/locais e ao apoio crescente pelas esferas estaduais e federais.

O programa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, é uma destas políticas. Implementada desde 1999, é referência nacional e apresenta conquistas na melhoria da qualidade do pré-natal, na garantia da vinculação para o atendimento ao parto, comunicação e harmonia com o nível terciário, estratificação do risco obstétrico durante o acompanhamento pré-natal, retorno precoce da puérpera para a atenção primária trabalhando com consultas

intercaladas entre enfermeiros e médicos (REDE MÃE CURITIBANA VALE VIDA, 2018).

A estratificação de risco gestacional é importante durante todo o pré-natal, pois a qualquer momento pode surgir um fator que modifique a caracterização desta mulher e, quando este é identificado, a gestante deve ser encaminhada para o serviço de maior complexidade. A estratificação é subdividida em baixo risco ou risco habitual, risco intermediário médio, risco intermediário alto e alto risco (REDE MÃE CURITIBANA VALE VIDA, 2018).

Experiências exitosas não estabilizaram esta linha de cuidado, pois ainda é um desafio combater morbimortalidade materna e infantil cuja atenção ainda demanda avanço, principalmente no que diz respeito à continuidade do cuidado da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2011).

A Lei 8.080/90, que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, também prevê a continuidade do cuidado, descrita de tal forma a estabelecer as conexões primordiais às necessidades dos usuários. A Lei 8.080/90 ainda versa sobre os princípios que regem o SUS, a integralidade, princípio que considera a pessoa como um todo, atendendo todas suas necessidades, o princípio da equidade, que percebe a singularidade e as necessidades distintas das pessoas, e universalidade, que assegura o direito à saúde a todas as pessoas, garantida pelo Estado (BRASIL, 1990; UTZUMI et al., 2018).

Inúmeras são as estratégias utilizadas para a continuidade do cuidado que visam atender aos princípios e diretrizes do SUS, principalmente no que diz respeito à integralidade, dentre as quais se destaca a proposta denominada Gestão de Alta (UTZUMI et al., 2018). Uma delas reconhece o enfermeiro como principal facilitador para pacientes e famílias que vivenciam transições. Por este motivo é indicado para exercer o papel de “enfermeiro de ligação”, que coordena a alta hospitalar, acompanha e colabora com o cuidado prestado no ambiente hospitalar e transmite informações à atenção primária que embasam a continuidade do cuidado (MELEIS & TRANGENSTEIN 2010; MELEIS et al., 2010; AUED et al., 2019).

Reid, Haggerty e McKendry (2002) ainda completam que para a continuidade do cuidado, a atenção à saúde deve ser conectada e perdurar ao longo do tempo, contemplando as perspectivas dos profissionais e pacientes de forma satisfatória. Para este estudo optou-se por utilizar a perspectiva desenvolvida por Reid, Haggerty

e McKendry (2002), como referencial teórico, que classifica continuidade do cuidado em informacional, gerencial e relacional.

Tendo em vista o exposto, em busca da otimização da continuidade do cuidado, e considerando a fragmentação assistencial existente, bem como a fragilidade na articulação entre o hospital e a Atenção Primária à Saúde (APS) no momento da alta hospitalar, a ineficiência ou ausência da contrarreferência para pacientes com diferentes problemas de saúde e a dificuldade de acesso às informações pela APS acerca dos cuidados prestados aos pacientes em outro nível da atenção, em 2018, o Complexo do Hospital de Clínicas (CHC), do qual faz parte o Hospital de Clínicas (HC) e Maternidade Victor Ferreira do Amaral (MVFA), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, lançam o Serviço de Gestão de Alta.

O Serviço por meio de planejamento e controle do processo de alta, visa promover a continuidade do cuidado por meio das contrarreferências para a atenção primária, evitando que o paciente se perca na malha assistencial e proporcionando o acompanhamento e suporte do tratamento daqueles pacientes que necessitam estender os cuidados no domicílio. O modelo de gestão de alta do CHC é ancorado na gestão de casos, conta com equipe exclusiva, e o plano de alta é desenvolvido desde a admissão do paciente na internação com o enfermeiro como coordenador do processo.

O planejamento da alta é ação indispensável para o processo de enfermagem, o plano de alta deve ser iniciado de forma precoce (CIETO et al., 2014), trabalhos internacionais mostram que o enfermeiro é o profissional indicado para planejar essa transição, outro dado relevante trazido por estes trabalhos mostra que este tipo de pesquisa ainda é incipiente (LIMA et al., 2018), principalmente na realidade brasileira o que justifica a execução de trabalhos como este.

A contrarreferência é a forma de encaminhamento do usuário para a unidade de origem, de forma que tal unidade tenha conhecimento do atendimento prestado a ele e as indicações para a continuidade ao seu acompanhamento à saúde (ORTEGA et al., 2016).

A utilização do serviço na obstetrícia se legitima pela característica da assistência de saúde do Brasil, que é estruturado em níveis, primário, secundário e terciário, que apesar de favorecer este tipo de processo, não o possui de forma sistemática (RIBAS et al., 2018), seu uso também é norteado pelas necessidades especiais apresentadas pelas gestantes e o binômio, mãe e RN. Os critérios para a

contrarreferência são os riscos inerentes à gestação, a vulnerabilidade social, o perfil sociodemográfico e obstétrico e condições clínicas das mulheres e dos bebês.

O Serviço de Gestão de Alta iniciou seus trabalhos na maternidade em outubro de 2017, um pouco antes da implantação total do CHC, com o intuito de contribuir com a continuidade dos cuidados das mulheres e bebês na atenção primária. As usuárias são vinculadas à maternidade desde o diagnóstico de gravidez e, ao terem alta, devem ter, na contrarreferência, uma estratégia para alertar a atenção primária de que necessitam de cuidados continuados. A questão norteadora é a seguinte: *“Como a contrarreferência de uma maternidade de risco habitual contribui para a continuidade do cuidado na atenção primária?”*

Este estudo compõe um projeto de pesquisa maior intitulado “Da admissão a alta: conceitos e estratégias para ações de continuidade do cuidado em Enfermagem em hospital de ensino”.

## 1.1 OBJETIVO

Avaliar a contrarreferência como estratégia para a continuidade do cuidado em pacientes de uma maternidade de risco habitual para a atenção primária de saúde.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a fundamentação teórica referente à temática abordada, este capítulo apresenta os seguintes temas: Políticas públicas brasileiras voltadas à saúde da mulher; continuidade do cuidado; regulação assistencial como ferramenta para continuidade de cuidados e a enfermeira de ligação; itinerário da mulher: processo de referência e contrarreferência durante o ciclo gravídico puerperal; busca por continuidade do cuidado: modelo de Gestão de Altas CHC.

### 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS RELACIONADAS À SAÚDE DA MULHER

Em meados da década de 1970, a crise financeira do Estado de um modelo econômico de renda altamente concentrado, baseado no endividamento externo, refletindo seriamente com prejuízos na área social. Nesse sentido, um sistema de saúde caracterizado pela abordagem médico-hospitalar foi gradualmente estruturado no país, com notável predominância da prestação de serviços pela rede privada, principalmente subsidiada pelo poder público. Nesse sistema, o modelo de atenção à saúde pela prática médica priorizou ações curativas e assistenciais (LEITE, 2009; MATHIAS, 2018).

Ainda neste modelo, em 1974, surgiu o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), com o objetivo de redução da mortalidade materna e infantil, ainda com foco na assistência à mulher em seu processo reprodutivo, principalmente por meio de ações voltadas ao pré-natal, parto e nascimento e puerpério. Em 1975, foi declarado o “Ano Internacional da Mulher”, e em 1978 este mesmo programa foi revisado, porém sem alterações na proposta, apenas incluindo crianças menores de cinco anos como alvo de ações de saúde (GIFFIN, 2002; AMANCIO; SHIMIT; CONTRIM, 2013; SANTOS; ARAUJO, 2016).

A proposta de saúde planejada pelo governo na época era pautada pela necessidade de garantir que mulheres saudáveis se reproduzissem com segurança, uma vez que estas visavam realizar o controle da natalidade por meio de medidas intervencionistas justificadas pela falsa ideia de que a pobreza e as desigualdades resultaram no crescimento desordenado da população. Segundo o exposto, a mulher, na década de 1970, era vista como objeto de reprodução e o modelo de atenção era

focalizado para as questões da maternidade numa perspectiva higienista (FREITAS, 2009; AMANCIO; SHIMIT; CONTRIM, 2013).

Em 1975, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu que, de 1975 a 1985, seria constituído como a “Década da Mulher”, foi quando os movimentos feministas tiveram um grande desenvolvimento e seguiram avançando, fato que coincidiu com um período em que o Brasil vivia com altas taxas de mortalidade infantil, principalmente devido a doenças evitáveis, como as infectocontagiosas e desnutrição infantil. Dessa forma, “os esforços nacionais e internacionais deflagrados, voltaram-se principalmente para esse contingente da população” (FARAH, 2004, p.14; GOMES et al., 2018).

Os anos 1980 foram marcados pela interrupção da recessão econômica e pela conquista de avanços no processo democrático, que contribuíram para a proposta da Reforma da Saúde, defendida pelos movimentos sociais e de saúde da época e apresentada na Oitava Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) (FARAH, 2004, p.15).

Um dos tópicos de grande discussão neste evento, a Oitava Conferência Nacional de Saúde, foi relacionado à situação de saúde do país, que deu origem à criação do SUS com os princípios de universalidade, integralidade, equidade, defendendo a descentralização de serviços da municipalização e participação popular. Nesse contexto de democratização da saúde, as mulheres ganharam ainda mais voz e aos poucos começaram a discutir seus próprios problemas, tornando-os públicos e exigindo do governo uma política que garantisse o direito e o respeito pelas mulheres e cuidado de sua saúde por meio de levantes organizados, chamados de movimentos de mulheres (FARAH, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Assim, em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), dissociando a atenção dispensada à mulher do cuidado infantil. No PAISM, destacaram-se as ações de atenção à mulher, como: doenças cardiovasculares, câncer de colo de útero e mama, acidentes e causas externas, problemas respiratórios e doenças infecto parasitárias, na perspectiva da assistência integrada à saúde (COELHO, 2009; GOMES et al., 2018).

Apesar de se constatar que esse programa continuou enfatizando o ciclo gravídico puerperal, mais especificamente sobre questões relacionadas a doenças, parto e maternidade, ele representou para os movimentos sociais uma estratégia capaz de modificar a maneira de assistir as mulheres, considerando o assunto como

saúde reprodutiva, ressaltando o planejamento familiar (BRASIL, 2011a; LIMA et al., 2014).

Desta forma, o PAISM apresentou inovações fundamentais, considerando a mulher como sujeito ativo, sendo consideradas todas as etapas do ciclo de vida, incluindo ações em três áreas de atuação: assistência clínico-ginecológica, doenças sexualmente transmissíveis e climatério, além das ações envolvidas para: concepção, contracepção, assistência pré-natal, parto e assistência pós-parto imediata. Considera-se então que a proposta governamental de assistência à mulher baseou-se na concepção de integralidade, que garantiu no discurso oficial a atenção nos serviços de saúde, desde os níveis mais simples de atenção até os mais complexos, compreendendo todo o ciclo da vida e não apenas na fase do período reprodutivo (BRASIL, 2011a; GOMES et al., 2018).

No entanto, apesar da incorporação dos conceitos acima mencionados, que foram posteriormente implementados no SUS, foi constatado, como já evidenciado na década de 1970, que faltavam (quantitativa e qualitativa) profissionais para a realização das ações. Houve dificuldade da população em acessar os serviços, mostrando que o modelo de atenção nem sempre correspondia às condições específicas de saúde da mulher (BRASIL, 2011b). Também foi percebido que não havia cobertura da atenção à mulher trabalhadora ou com distúrbios mentais ou mesmo em situações de violência (BRASIL, 2011c).

A política de saúde voltada para as mulheres, a partir dos anos de 1980, apresentou indubitavelmente importantes avanços no país devido aos compromissos políticos nacionais e internacionais que foram envolvidos na promoção de eventos locais, regionais para a discussão de questões de saúde da mulher (BRASIL, 2011c).

Alguns destes importantes eventos aconteceram nos anos de 1985 e 1987. Em 1985, ocorreu a Conferência Mundial das Mulheres, com o tema central: “Estratégias Orientadas ao Futuro, para o Desenvolvimento da Mulher até o Ano 2000”, no final da década em Nairóbi, Quênia. No mesmo ano, em Fortaleza-Ceará, foi realizada a Conferência Internacional: Tecnologia Apropriada para o Nascimento, da OMS, que estabeleceu o parto como processo fisiológico, estimulou o respeito à autonomia e o direito ao acompanhante e propôs várias recomendações para assistência com menor grau de intervenção e medicação. Tais ações integraram, dois anos depois, o Programa Maternidade Segura (FARAH, 2004; SOUZA, 2012).

Já em 1987, OMS promoveu, também no Quênia, a Conferência sobre “Maternidade Segura”, com o objetivo de reduzir as mortes maternas em 50% até o ano 2000. Nas recomendações desta Conferência, várias práticas relacionadas ao parto tecnológico e iatrogênico foram desencorajadas, resultando na promoção de vários eventos nacionais e municipais que serviram de base para a determinação de um pacto contra a mortalidade materna e perinatal (SANTOS; ARAUJO, 2016).

Na sequência, nos anos de 1990, as iniciativas públicas se intensificaram ainda mais a partir do movimento de mulheres. Em 1991, surgiu a Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Rede de Saúde), caracterizada por uma articulação do movimento de mulheres no Brasil que desenvolve trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas: saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. Pouco depois, em 1993, a Rede de Humanização ao Nascer (REHUNA) surgiu como um movimento social e de profissionais de saúde em defesa dos direitos das mulheres como cidadãs e como sujeitos ativos da saúde reprodutiva (BRASIL, 2006; AMANCIO; SHIMIT; CONTRIM, 2013).

Ainda no ano de 1993, na Conferência Internacional de Direitos Humanos em Viena, foram declarados os direitos das mulheres como direitos humanos, postulando estes como inalienáveis e uma parte integrante e indivisível dos direitos humanos universais. Assim, durante a Conferência, o estupro assume o mesmo status que outras violações brutais, como genocídio, limpeza étnica, tortura, discriminação racial e terrorismo (SOUZA, 2012).

Seguindo com o progresso em relação aos direitos da mulher, um dos movimentos que mais emergiu foi relacionado à igualdade de gênero. Embora as organizações de mulheres tenham começado a ter uma presença no cenário social desde as décadas de 1960 e 1970, foi na década de 1990 que eles alcançam, com a Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento (Cairo, Egito, 1994) e com a Plataforma de Ação da Conferência Mundial das Mulheres (Pequim, China, 1995), colóquios em que a discussão sobre relações de gênero foi colocada em nível internacional (MORI; COELHO, 2003; GOMES et al., 2018).

No campo da saúde, na conferência do Cairo, as mulheres chamaram a atenção para a abordagem usada nos serviços de saúde, onde eram vistas apenas em sua dimensão reprodutiva. A origem dessa ênfase foi a preocupação com o crescimento populacional, diretamente associado à pobreza nos países em desenvolvimento (SANTOS; ARAUJO, 2016).



Pensando no aspecto de tratamento abordado acima, apoiado pelo trabalho dos movimentos de mulheres, foi proposto aplicar o conceito de saúde reprodutiva nos serviços de saúde. A intenção era de que as ações em saúde não se limitassem ao planejamento familiar, com o objetivo específico de reduzir as taxas de crescimento populacional, mas contemplando as mulheres ao longo de sua vida. Foram levantados quatro tópicos de importância vital: a prevenção da maternidade segura e do aborto realizados em más condições; o aumento da participação e responsabilidade masculina; atenção ao planejamento familiar e, finalmente, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a luta contra o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (PLATAFORMA DE CAIRO, 1994; GOMES et al., 2018).

Em resumo, o conceito de saúde reprodutiva inclui não apenas ações para controlar o crescimento populacional, mas também o acesso à informação como um elemento-chave para as mulheres decidirem sobre seu próprio corpo. Por outro lado, o acesso a métodos contraceptivos é definido como um elemento que promove o potencial das mulheres de decidir sobre sua capacidade de se reproduzir, no entanto, não garante uma mudança nas atitudes de mulheres e homens para maior equidade de sexo (PLATAFORMA DE CAIRO, 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O problema das políticas de saúde sexual e reprodutiva, portanto, é definido não apenas em termos técnicos ou de acesso aos serviços de saúde, mas também na maneira como as pessoas vivem sua própria saúde e reprodução sexual. Com base nesses conceitos, políticas públicas em vários países tentaram refletir as diferentes mudanças que ocorreram na sociedade, entre eles, incorporar uma abordagem de gênero, que busque a equidade entre homens e mulheres (MORI; COELHO, 2003; GOMES et al., 2018).

Para reforçar a importância destes direitos, em 1995, na China, na cidade de Pequim, foi realizada a Quarta Conferência Mundial das Mulheres: Ação para a Igualdade, Desenvolvimento e Paz, que aprovou e reafirmou o avanço feito pelas mulheres nas últimas Conferências, relacionado aos direitos sexuais e reprodutivos, bem como pela inclusão do item sobre discriminação racial / étnica como um obstáculo à igualdade e à equidade entre as mulheres (DECLARAÇÃO, 1995; AMANCIO; SHIMIT; CONTRIM, 2013).

Ressalta-se que em 1996, por intermédio da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, foi regulamentado o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, que estabelece penalidades e dá outras providências.

Estas conquistas políticas alcançadas principalmente durante as décadas 1980 e 1990 tornaram a mulher mais autônoma sobre as decisões relacionadas ao seu corpo, marcando substancialmente a evolução da saúde da mulher e iniciando a saída do estigma de que o corpo da mulher era meramente uma forma de reprodução de filhos. Contudo, o ciclo gravídico puerperal não foi esquecido, tendo em vista a grande importância dele na vida de uma mulher, mas além de promover nascimentos saudáveis as práticas a partir daí consideravam a experiência do nascimento da mulher e de sua família.

O guia para o cuidado ao parto normal publicado pela OMS em 1996 é o produto de discussões internacionais baseadas em evidências científicas, que foi um marco na promoção de partos saudáveis e em resposta às altas taxas de morbidade materna e neonatal e mortalidade. Desde então, governos e sociedade civil organizada iniciaram uma cruzada na disseminação e implementação dessas práticas, o que contribuiu significativamente para a redução de mortes evitáveis (WHO, 1996).

As práticas de assistência ao parto normal foram classificadas em quatro categorias, de acordo com a utilidade, eficácia e risco, para orientar a conduta profissional: A) Práticas comprovadamente úteis e que devem ser incentivadas; B) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C) Práticas para as quais existem evidências insuficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser usadas com cautela enquanto pesquisas adicionais esclarecem a questão; e D) Práticas frequentemente utilizadas de forma inadequada (WHO, 1996)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Embora exista ampla divulgação deste documento, a medicalização é considerada um dos maiores problemas de saúde materna no Brasil. Nascimentos institucionais, realizados por profissionais treinados, atingem 98%; e em 90% dos casos são realizados por um médico. Drogas, como a ocitocina, têm sido utilizadas na maioria dos partos normais, enquanto a cesariana se tornou o meio de parto mais comum (RATTNER, 2009). Intervenções desnecessárias sem critérios e altas taxas de mortalidade materna no cenário nacional e internacional ainda são práticas persistentes. A OMS estimou que em 2013, aproximadamente 289.000 mulheres em todo o mundo morreram durante e após a gravidez e o parto, com uma taxa de mortalidade geral de 210 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (WHO, 2014). De fato, muitas pessoas têm trabalhado para mudar o atual modelo de assistência ao parto, definido como tecnocrático com primazia da tecnologia pesada nas relações humanas, ideia de passividade das mulheres durante intervenções que diminuem o tempo do nascimento, práticas sem evidências científicas e a forma de induzir o parto por profissionais (AQUINO, 2014). A incorporação das melhores práticas de assistência ao parto e a redução de

Nos anos seguintes, em vista das recomendações e compromissos assumidos pelo Brasil nessas Conferências nacionais e internacionais, o Ministro da Saúde do país publica uma série de medidas, sendo as principais:

-1998 – Foi declarado como uma das prioridades de sua gestão a adoção de medidas para reduzir a mortalidade materna e melhorar a qualidade da assistência pré-natal, parto, a redução do número de cesarianas e violência contra a mulher, assim como reduzir as altas taxas de mortalidade materna e perinatal no país (GOMES et al., 2018).

-1999 – Acontece a publicação da Disposição Ministerial nº 985/99, que prevê a criação dos Centros de Parto Normal, que podem ser intra ou extra-hospitalares (VICO, 2017).

-1999 – Cria-se a Câmara Temática de Violência Doméstica e Sexual, com o objetivo de acompanhar e propor políticas de atendimento à mulher vitimada. E ainda foi criada a norma técnica de prevenção e tratamento das queixas decorrentes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.

- 2000 – São lançadas as seguintes publicações:

- Caderno de Violência Doméstica na Atenção Básica e a Cartilha de Agentes Comunitários de Saúde, priorizando a discussão da questão da violência com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e buscando direcionar a notificação compulsória como uma prática em saúde pública dos casos capturados no cotidiano (FREITAS, 2009; GOMES et al., 2018).
- O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) estabelece princípios e diretrizes com determinantes da organização e operação dos serviços saúde da mulher, na perspectiva de gênero e humanização da assistência à mulher nos serviços de saúde, tentando normalizar aspectos importantes da organização do cuidado, fatores de risco reprodutivos, níveis de execução do pré-natal e pré-natal básico. (SANTOS; ARAUJO, 2016).
- Os Manuais de Assistência Pré-Natal e Emergência Obstétrica e Emergência. Este determinou os padrões e procedimentos

---

intervenções desnecessárias estão nas recomendações da OMS, reforçadas pelo Ministério da Saúde do Brasil por meio de políticas públicas denominadas Rede Cegonha (WHO, 1996).

técnicos e científicos voltados para situações de risco obstétrico e perinatal, incluindo complicações e acidentes (PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO, 2002; SANTOS; ARAUJO, 2016).

- O Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar, no qual esse tema era tratado como uma área de ação prioritária, com o princípio básico de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. Nessa perspectiva, o Estado ofereceu oficialmente uma garantia às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fertilidade, em um contexto de escolha livre e informada. Como estratégia governamental, este manual serviu de suporte técnico para a implantação da assistência em planejamento familiar para adultos e adolescentes, integrando o conjunto de ações voltadas à saúde de mulheres e homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; SANTOS; ARAUJO, 2016).

- 2002 - Institui-se a profilaxia do HIV / AIDS em vítimas de estupro, a qual foi regulamentada, e surgiu o incentivo financeiro do Ministério para o treinamento de pessoal e a reorganização da rede de saúde da mulher vítima de violência (LIMA, et al., 2014).

- 2004 - Declara a Política Nacional de Humanização no SUS, que foi atribuída aos gestores e trabalhadores do SUS. Essa política descreveu os avanços e desafios, os princípios norteadores, estratégias e diretrizes gerais para a implementação do Programa Nacional de Humanização, entendendo que isso é transversal em toda a rede do SUS (BRASIL, 2004b; AMANCIO; SHIMIT; CONTRIM, 2013).

Diante dos avanços mencionados, resultado de compromissos de movimentos internacionais, nacionais e sociais, o Ministério da Saúde verificou a importância de considerar a saúde da mulher como prioritária, implementando uma Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, incorporando, de fato e de direito, a abordagem de gênero, integração, promoção da saúde, direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar, atenção ao aborto, combate à violência, prevenção e tratamento de mulheres com HIV / AIDS, portadores de doenças crônicas não transmissíveis e câncer ginecológico (BRASIL, 2004b; AMANCIO; SHIMIT; CONTRIM, 2013).

Além disso, foram ampliadas ações voltadas para mulheres rurais, com deficiências, negras, indígenas, reclusas, lésbicas, entre outras (BRASIL, 2004; GOMES et al., 2018).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha - RC, estratégia voltada à saúde da mulher com rede de cuidados para assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A RC é organizada em 4 componentes:

Componente I: Assistência pré-natal: apoio ao deslocamento da gestante para as consultas, exames, vinculação à maternidade de referência, capacitação profissional, qualificação do sistema e da gestão da informação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Componente II: Parto e nascimento: qualificação profissional de médicos e enfermeiros, incentivo financeiro para Casas da Gestante, do Bebê e da Puérpera, Centros de Parto Normal, aquisição de equipamentos, ambiência das maternidades para o parto seguro e humanizado, cobertura de leitos obstétricos e neonatais, acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, estímulo à implementação de colegiado gestor nas maternidades, inserção das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, respeito às especificidades étnico-culturais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Componente III: Puerpério e atenção integral à saúde da criança: garantia de permanência do RN junto à mãe durante todo o período de internação, garantia de leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) e leitos cangurus, promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar puerperal, busca ativa de puérperas e RN de risco, garantia do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na atenção básica, fortalecimento do vínculo familiar com a Unidade Municipal de Saúde (UMS), implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, orientação e oferta de métodos contraceptivos, acompanhamento dos egressos de UTI por 24 meses, consultas com especialistas, garantia de exames e consultas odontológicas a partir do primeiro dente e aos 12 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Componente IV: Sistema logístico: implantação de Complexos Reguladores com garantia de acesso a outros níveis de atenção especializados, transporte seguro e garantia de vagas em UTI em situações de emergência durante o parto que envolve a parturiente e/ou o RN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O programa RC, pelo Ministério da Saúde, financiou cursos de especialização em enfermagem obstétrica em diferentes estados brasileiros. A importância da formação em competência em obstetrícia concentra-se no fato de que, na realidade brasileira, a quantidade de cesariana é alarmante, sendo acima do que o recomendado pela OMS. Assim, faz-se urgente a adoção de um novo modelo para tratar o parto e nascimento de uma forma humanizada respeitando todos os aspectos sociais, culturais, humanos e de gênero, com respeito à mulher e todos os procedimentos relativos ao parto.

Uma das estratégias de formação, tem se dado por meio da realização de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, agora, em sua segunda versão. Trata-se de um projeto comprometido com a qualificação de enfermeiras para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e mudança do atual modelo assistencial. A sua viabilidade tem se dado por meio do financiamento do Ministério da Saúde, e, de uma rede de formação que integra 21 universidades federais, sob a coordenação da Escola de Enfermagem da UFMG (UFMG, 2020, p.1).

De acordo com MS (2011), esse modelo de atenção pautada pela RC descreve uma assistência humanizada e de qualidade às mulheres e às crianças, sob a ótica de uma experiência segura, digna, natural e singular, que proporciona ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Ainda em 2011, com objetivo de controlar a inclusão, manutenção e exclusão de medicamentos e tecnologias utilizadas na assistência à saúde no SUS, foi regulamentada a atuação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) pelo SUS, por meio do Decreto nº 7.646 (BRASIL, 2011).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal foram elaboradas por um grupo multiprofissional, chamado de Grupo Elaborador das Diretrizes, composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anesthesiologista e enfermeiras obstétricas, todos convidados pela CONITEC e pela Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (CGSM/DAPES/SAS/MS). As diretrizes foram passadas por consultas públicas e revisadas pelos grupos

multiprofissionais. Finalmente, em 2017, a Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, aprovou e tornou público o referido Manual (PARANÁ, 2018).

Para os hospitais universitários que aderiram à RC, o MS lança, em 2017, o Programa “Apice On” Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Esse projeto tem o objetivo de aprimorar o modelo de atenção ao parto, nascimento e abortamento, por meio de oficinas e capacitações de profissionais e estudantes, além de ampliar a integração entre ensino e serviços de saúde, tanto na qualificação das práticas de cuidado quanto na formação profissional.

Estas políticas estão em constante atualização e são uma das maneiras que o Estado usa para interagir com a sociedade (PONTES, 2014). Elas são definidas pelo aparato estatal como as ações controladas que afetam os espaços público e privado. Seu principal objetivo é promover o desenvolvimento e alcançar melhores padrões de vida para a população nos diferentes setores de uma sociedade (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Nos últimos anos, tem sido observado no campo das políticas públicas, dentro e fora do país, um impulso à criação de estratégias focadas ou especializadas em diferentes fatores sociodemográficos, igualdade social e de gênero, desenvolvimento sustentável, educação, moradia, atendimento a idosos, pessoas com deficiência, grupos vulneráveis, entre outros (PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015). Tudo isso com o objetivo de eliminar a pobreza e a discriminação e promover a equidade para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da sociedade.

Essas políticas públicas devem se adaptar às mudanças fundamentais como transição social, demográfica, e epidemiológica que vem ocorrendo ou elas podem criar novas opções que respondam às novas características de uma sociedade para cada um dos grupos sociais dos quais fazem parte. Em relação à transição social no Brasil, há, por exemplo, a crescente integração das mulheres no mercado de trabalho. Também houve um crescimento de famílias monoparentais e chefiadas por mulheres (MORI; COELHO, 2003; PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015).

Nas últimas décadas, a taxa de participação do trabalho das mulheres cresceu de forma consistente e em maior proporção do que a dos homens, especialmente desde a década de 1980. Dessa forma, a taxa de participação das mulheres na economia aumentou de 17,6% em 1970 para 31,5% em 1991 (ANDRADE, 2016), para aproximar-se de 36% em 1999 e aumentar para 49% em 2010 (PASSOS; GUEDES, 2018). Segundo informações do censo, sabe-se que o domicílio chefiado por mulheres

saltou de 14,1 milhões, em 2001, para 28,9 milhões, em 2015, segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esses dados reafirmam o exposto e mostram importantes mudanças na estrutura familiar e na sociedade do país (PASSOS; GUEDES, 2018).

Na transição demográfica, observa-se que a estrutura da pirâmide da população mudou gradualmente devido à notável diminuição da taxa de fertilidade e mortalidade. Isso causou um ganho notável na expectativa de vida ao nascer, com o consequente aumento no número de idosos. De acordo com dados da Pnad 2018, o número de mulheres no Brasil é superior ao de homens. A população brasileira é composta por 48,3% de homens e 51,7% de mulheres (IBGE, 2018; PASSOS; GUEDES, 2018).

Nesse sentido, a taxa de mortalidade materna diminuiu nas últimas décadas: entre 1990 e 2015 a redução na RMM no Brasil foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil NV, o que representou uma diminuição de 56% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

A OMS, em 2018, publicou um documento com as ferramentas essenciais no processo para medir o progresso em direção à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e os objetivos da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes. O documento de base da declaração conjunta de 2018 foi submetido à ampla consulta às partes interessadas, incluindo os Estados Membros da OMS, conduzidos pelo Departamento de Saúde e Pesquisa Reprodutiva (WHO, 2018).

Este documento fornece orientação para o desenvolvimento e implementação de políticas sobre educação, treinamento e regulamentação de pessoal de saúde qualificado que presta atendimento, bem como qualidade da assistência, fatores facilitadores e monitoramento e impacto da medição. Estabelece competências claras esperadas do pessoal de saúde qualificado e os elementos críticos para um ambiente propício necessário para fornecer assistência materna e neonatal de alta qualidade no contexto de gestações 'normais' (aquelas sem complicações), parto e período pós-natal imediato, bem como aqueles que requerem atenção e encaminhamento adicionais devido a complicações ou situações de emergência (WHO, 2018).

A constante redução da fertilidade e mortalidade causou mudanças transcendentais na pirâmide populacional. No Brasil, começam a aparecer padrões



de países desenvolvidos, nos quais o grupo populacional de idosos aumenta, enquanto os grupos etários mais jovens diminuem; isto é, começa a ter um envelhecimento crescente da população. O número de pessoas idosas (80 anos ou mais) em 2050 deve ficar em aproximadamente 13 milhões (PASSOS; GUEDES, 2018).

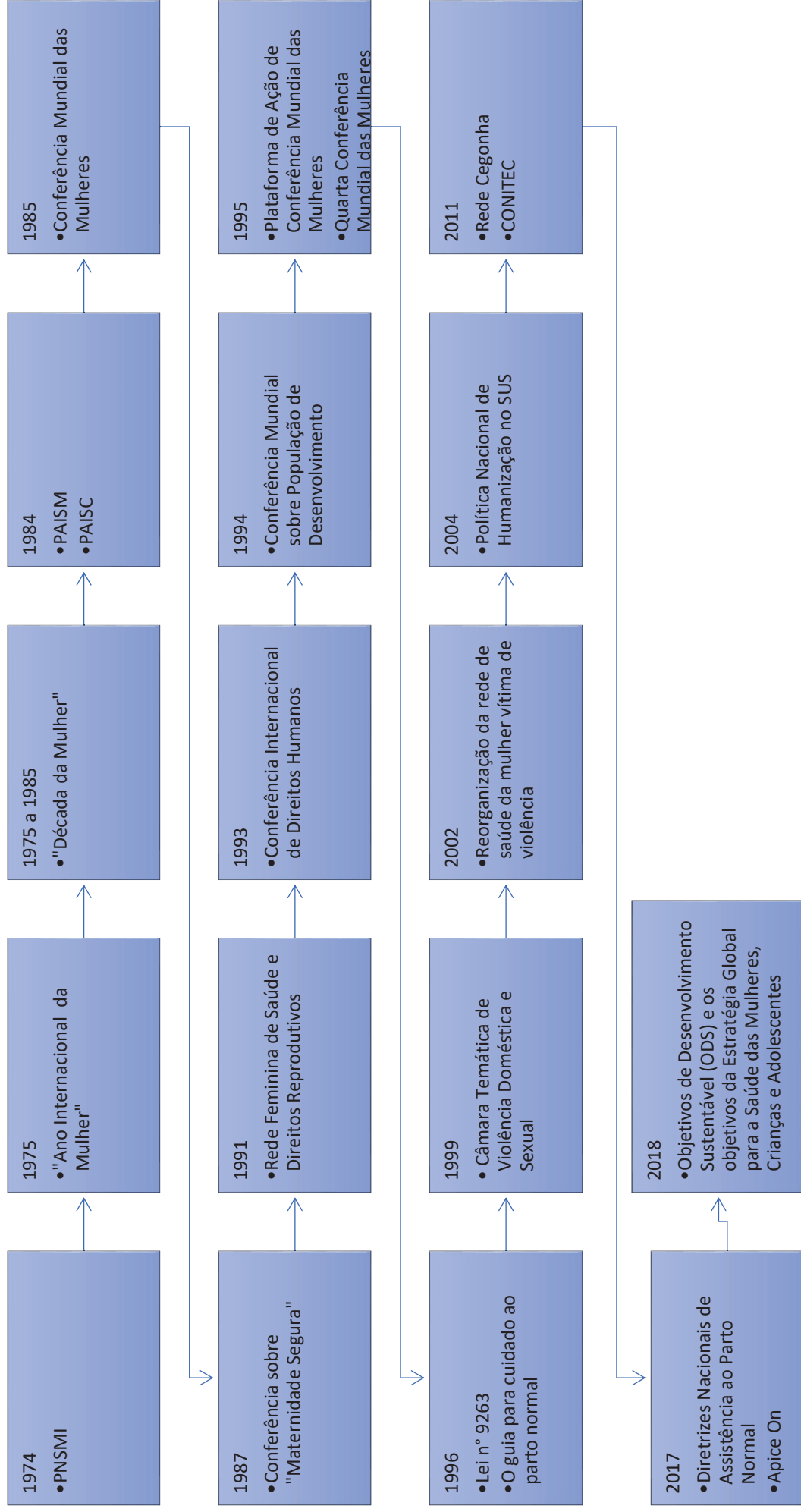
Em termos de transição epidemiológica, as causas de morte e a incidência das principais doenças também mudaram nas últimas décadas. Em geral, as causas de morte mais frequentes são doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes mellitus e acidentes. No entanto, essas condições não afetam ambos os sexos igualmente. (PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015).

Existem diferenças importantes na porcentagem de anos de vida perdidos de acordo com o sexo. A maior diferença entre homens e mulheres é observada em acidentes e homicídios de veículos automotores. Essa tendência é revertida quando são consideradas causas como infecções respiratórias e doenças intestinais, nas quais as mulheres perdem uma porcentagem maior de anos de vida. Existe uma grande necessidade de desenvolver políticas e programas públicos que abordem essas mudanças, levando em consideração as necessidades ou deficiências de grupos populacionais específicos, com uma abordagem de gênero e ciclo de vida (PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015).

Em outras palavras, que os problemas da população sejam tratados não apenas em termos de sexo, mas também das características sociais e culturais de homens e mulheres. Além disso, é necessário que esses problemas sejam vistos com uma ideia clara de que as faixas etárias se referem não apenas a eventos cronológicos, mas também a diferentes estágios da vida: nascimento, vida produtiva, reprodutiva, idosos e assim por diante (PASSOS; GUEDES, 2018).

A trajetória evolutiva dos programas para uma Política de Saúde da Mulher, em um período aproximado de 30 anos, implicou em uma grande conquista para o país, mas também impôs grandes desafios, que devem servir de estímulos para implantação de estratégias que qualifiquem cada dia mais as políticas públicas. Um dos pontos que ainda precisam ser aperfeiçoados são práticas para contemplar que a atenção fornecida assegure a continuidade de cuidado.

QUADRO 1 - SÍNTESE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS RELACIONADAS A SAÚDE DA MULHER



FONTE: O Autor, 2021.

## 2.2 CONTINUIDADE DE CUIDADOS E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO

A continuidade do cuidado (CC) está relacionada com assistência à saúde recebida de forma progressiva, organizada, ininterrupta e individualizada (SHORTELL, 1976; IRWIN; AGIUS, 2017). A OMS concorda com esta definição, reafirma que a continuidade está ligada ao cuidado prestado de forma conecta e coerente ao longo do tempo, e ainda complementa que as necessidades e preferências do usuário devem ser levadas em consideração (WHO, 2018).

Além disso, os elementos dessa definição devem estar inter-relacionados, permitindo a coordenação do cuidado. Este último conceito trata de uma abordagem proativa dos prestadores dos serviços de saúde para atender as necessidades dos usuários, garantindo que a continuidade ocorra de maneira singular, evitando que se prestem cuidados de maneira fragmentada e mal integrados. Os termos estão ligados e são considerados complementares, eles apoiam as interações contínuas entre provedor e usuário (WHO, 2018).

Em 1981 foi proposto por Wall que a essência da continuidade é a relação interpessoal do usuário com o profissional de saúde, uma construção de confiança, que pode ser prejudicada ou reforçada durante consultas ou tratamentos de acordo com a identificação da competência do médico pelo paciente (WALL, 1981; TARRANT et al., 2010).

Por esse motivo, quanto melhor a qualidade da execução do atendimento, melhores serão os resultados relacionados à saúde do usuário, refletindo diretamente no custo-benefício do sistema de saúde em geral (UTZUMI et al., 2018).

Dessa forma, torna-se essencial a utilização de modelos que oportunizem dois aspectos: a busca por transversalidade do cuidado entre os diferentes estabelecimentos de saúde, pois as necessidades clínicas raramente conseguem ser atendidas em apenas um local ou por um profissional, considerando integração, coordenação e compartilhamento de informação para prestação de um “serviço contínuo”; e relações entre profissional e paciente que promovam confiança e resultado clínicos satisfatórios (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006).

Modelos denominados de multidimensionais tem o potencial de atender os dois aspectos apontados acima, isto é, de acomodar a continuidade interpessoal

dentro de estruturas de trabalho e também se esforçam para ofertar serviços contínuos (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006).

A literatura mostra que estes serviços de saúde que buscam estratégias voltadas à continuidade do cuidado têm uma diminuição de 27% das taxas de visitas a emergências e podem ter em torno de 19% de custos diminuídos. Além disso, esses relacionamentos contínuos são bases para relações de confiança que podem resultar em decisão compartilhada e co-produção de saúde e bem-estar (WHO, 2018).

A coordenação do cuidado experimentada pelo usuário e pelo provedor do cuidado deve permear todo o sistema de saúde, em especial na atenção primária (UTZUMI et al., 2018), ponto da rede onde estão centralizadas as ações de cuidado e o local mais próximo ao usuário, preferencial porta de acesso ao sistema de saúde, e local que o profissional pode identificar com mais rapidez as ações necessárias a serem realizadas, identificando o melhor fluxo para o usuário entre os níveis de atenção.

Sendo este o local mais próximo à coletividade, reforça-se que a busca na criação de vínculo de confiança entre usuário e profissional é essencial. (TARRANT et al., 2010). O estabelecimento da confiança tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2015). Ademais, quando definido este vínculo, propicia o conhecimento da pessoa e não somente da doença (AUED et al., 2019).

Segundo WHO (2018), os pacientes ingleses e americanos que acompanharam com o mesmo clínico geral por mais tempo, para acompanhamento de saúde, tiveram menos admissões hospitalares, assim como necessidade de cuidados ambulatoriais reduzidos. Quando a expectativa positiva, pelos usuários do sistema de saúde, do atendimento na atenção primária aumenta, os usuários tendem a ignorar os serviços hospitalares.

Essa proximidade da atenção primária e o usuário não exime os hospitais de arquitetar estratégias para promover a CC. No contexto hospitalar, essa coordenação de cuidados deve acontecer por meio de interação entre categorias profissionais, diferentes especialidades e setores e, no planejamento da alta, deve estar extremamente engajado com a atenção primária para poder aumentar a qualidade de vida dos usuários e evitar novas internações (COSTA et al., 2019).

Quando as ações de cuidados não estão alinhadas em todos os níveis de atendimento, os resultados apresentados pelo serviço geralmente ficam abaixo do esperado, principalmente para pacientes com problemas crônicos ou complexos, e isso também reflete no prestador de cuidados. A implantação de estratégias para continuidade do cuidado exige apoio da liderança institucional, sistemas de informação eficazes, educação em serviço, alavancas financeiras e contratuais (WHO, 2018).

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família executada na atenção primária é um exemplo de serviço que trabalha com foco em CC, abarca as dimensões do relacionamento interpessoal e acompanhamento longitudinal no contexto familiar e comunitário. Além disso, deve produzir autonomia sobre a saúde e doença; também utiliza agendas abertas e flexíveis, negociação sobre tratamento e consenso sobre responsabilidades dos cuidados. Os profissionais se relacionam com os usuários dentro e fora do consultório e o trabalho é centrado na equipe multidisciplinar com foco no paciente, família e comunidade (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

Apesar da ESF na atenção primária já estar implantado no Brasil e apresentar avanços em CC, ainda há muito trabalho para ser desenvolvido relacionado a essa temática no atendimento dos outros pontos da rede de saúde de Curitiba e do Brasil, principalmente na atenção hospitalar, serviço de emergências, relacionado ao circuito interno do paciente e a alta.

Um conjunto de ações que tem por objetivo manter a continuidade do cuidado de forma segura e coordenada, na transferência de pacientes durante sua hospitalização, entre diferentes setores, entre serviços distintos e no pós-alta são os cuidados de transição (COLLEMAN; BERENSON, 2004; LIMA et al., 2018).

O planejamento destas ações deve ser realizado de forma conjunta, serviços/paciente/família, desde o início do tratamento. Desta maneira, irão propiciar um nível linear de ações ao paciente, provocando o aumento do uso dos serviços de atenção primária, ajudando a reduzir o custo das instituições de saúde, pois diminuem as internações hospitalares e reinternações causadas por complicações e aumenta a qualidade de vida de pacientes e suas famílias. (LIMA et al., 2018; LINDQUIST et al., 2017).

É essencial a avaliação e capacitação da família, acompanhantes e cuidadores para que possam atender as necessidades do paciente da melhor forma possível, principalmente quando este sai de um estado de saúde para um estado de doença.

No momento das orientações para alta, espera-se que o paciente e/ou cuidador assumam a responsabilidade de executar as ações para seguir com o tratamento no domicílio. Essas ações devem ser orientadas de forma clara, pois diminui os riscos de eventos adversos, danos ao paciente e custos desnecessários ao sistema de saúde (MARTINS et al., 2018).

A estratégia mais próxima do ideal seria um conjunto escrito dessas orientações para os momentos de incerteza, juntamente com intervenções durante o internamento, quando o paciente e família se envolveriam no cuidado (LIMA et al., 2018; LINDQUIST et al., 2017).

A coordenação, execução e comunicação desse processo de mudança de localização do paciente é complexo e se constitui um desafio, exigindo diferentes formações e habilidades dos componentes da equipe de saúde (WEBER et al., 2017). Porém, a implantação da prescrição de cuidados de transição de forma efetiva e sistematizada contribui para a continuidade e sucesso do tratamento.

Essas transferências de cuidados são alvo de intensos esforços para possibilitar a recuperação e adaptação dos pacientes, entretanto percebe-se que permanece incompleta (LINDQUIST et al., 2017).

A literatura aponta as principais formas de cuidados de transição, o planejamento de alta, com conjunto de ações para atender o paciente no pós-alta; o que pode ser antecipado, podendo ser iniciado no hospital ou no ambulatório, permite que os objetivos do cuidado sejam comunicados com clareza entre pacientes e serviço; a educação do paciente e promoção do autogerenciamento, são ações voltadas para orientação efetiva de paciente e cuidadores; a segurança no uso das medicações, utilizando planos personalizados com descrições detalhadas das drogas usadas e o método do feedback verificando a compreensão; e por último a comunicação completa de informações, proporcionada pelo envio de e-mails para a equipe da atenção primária em relatório com a descrição de eventos ocorridos no hospital (LIMA et al., 2018).

Esses processos podem melhorar a qualidade de vida e os resultados clínicos da população que usa os serviços de saúde. É obrigação do profissional assegurar que a estadia no ambiente hospitalar e retorno para o domicílio seja preparado de forma eficiente. Por este motivo, reforça-se que isso pode ser efetivado pela articulação e comunicação entre profissionais, pacientes, cuidadores e serviços de

saúde, o que caracteriza uma transição bem-sucedida e garantia de continuidade do cuidado (WEBER et al., 2017).

Tendo em vista as considerações apontadas sobre a regulação assistencial, a importância da gestão de alta e os objetivos de integração da rede, bem como estabelecer um canal de comunicação formal entre hospital e os demais pontos de atenção à saúde e melhorar as respostas da continuidade do cuidado após a alta hospitalar, prevenindo agudizações de pacientes crônicos, proporcionando um bom uso de recursos públicos (INTRANET CHC, 2019). Foi desenvolvido no CHC um projeto pioneiro denominado Serviço de Gestão de Altas, que está subordinado à Unidade de Gestão de Altas do CHC, (INTRANET CHC, 2019).

O modelo CHC trabalha com gestão de casos, coordenado pela enfermeira de Gestão de Alta, porém reforça-se que o plano de alta é um evento multidisciplinar, isto é, tem envolvimento dos profissionais que realizaram o atendimento e acompanhamento do usuário. O modelo busca contemplar pessoas com necessidade de continuidade de cuidados e/ou dependentes, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e/ou apoio terapêutico e/ou reabilitação em todos os níveis de complexidade (UFPR, 2019).

Para acionar a enfermeira de Gestão de Alta, a equipe tem como norteadores os seguintes critérios de inclusão: doença crônica de difícil manejo; continuidade de tratamento no domicílio; cuidados paliativos; necessidade de cuidados especiais; uso de dispositivos e reabilitação (INTRANET CHC, 2019).

Para a linha de cuidado obstétrico, especificamente na MVFA, classificada como instituição para atendimento de mulheres em risco gestacional habitual, os critérios de inclusão foram elencados em conjunto com a equipe assistencial, sendo divididos primeiramente em dois grupos: recém-nascidos e mulheres, e na sequência delimitados critérios para inclusão de cada um deles.

Recém-nascidos: prematuridade (abaixo de 37 semanas de idade gestacional) e com necessidade de internação na Unidade de Médio Risco neonatal; pós-termo (nascimento com mais de 40 semanas); RN com perda de peso maior que 10% do peso de nascimento; bebês com peso abaixo de 2500 gramas; contato com doenças sexualmente transmissíveis; malformações; síndromes confirmadas ou em caso de suspeita, identificadas no nascimento; tratamento por infecções; testes de triagem neonatal alterados; outras necessidades especiais detectadas pela equipe (POP MVFA, 2018).

Para as mulheres foram considerados critérios de inclusão para contrarreferência: multiparidade (mais do que 4 gestações); adolescentes até 17 anos; portadoras de doenças crônicas de difícil controle; pacientes que apresentaram síndrome hipertensiva específica da gestação; tratamento por infecções; intercorrências decorrentes da internação; outras necessidades especiais detectadas pela equipe (POP MVFA, 2018).

Este profissional guiado pela equipe multiprofissional desencadeia ações para continuidade do cuidado intra e extra-hospitalar e realiza a contrarreferência. No primeiro momento, a contrarreferência era encaminhada por e-mail para as unidades de saúde e, na sequência, realizado contato telefônico para situações especiais (POP MVFA, 2018).

Em 2018, a parceria com a SMS possibilitou o uso do sistema informatizado utilizado na APS (E-Saúde). O uso deste sistema possibilita uma otimização entre a maternidade e as UMS, sendo possível acessar as informações relacionadas ao internamento das mulheres e RN neste sistema e estas informações serem acessadas pela equipe da APS, tornando-os cientes do histórico do internamento das mulheres e das necessidades de cuidado. O contato telefônico continua sendo realizado para situações especiais que necessitam de ação imediata da unidade (POP MVFA, 2018).

Assim como acontece no CHC, trabalhos realizados principalmente nos países da América do Norte, Europa, e da China dos últimos cinco anos mostram que o enfermeiro é o profissional que faz as transições de cuidados dos pacientes em ambiente hospitalar para o domicílio, entretanto, na América Latina, este tipo de pesquisa ainda é incipiente (LIMA et al., 2018).

Existe grande esforço para melhoria dos cuidados no lar (LINDQUIST et al., 2017), mas fragilidades do processo são encontradas. Foram descritos obstáculos relacionados à coordenação da atenção entre diferentes níveis de cuidado em fatores, tais como a falta de processos padronizados e de comunicação entre profissionais de saúde, tanto na transição do hospital para casa quanto na transição do cuidado primário para serviços hospitalares ou de emergência (LIMA et al., 2018).

A mesma necessidade de aprimoramento nas estratégias de CC é percebida no cuidado à saúde da mulher. A saúde da mulher oferece uma estrutura interessante para o desempenho da medicina preventiva.

Durante a vida, desde a adolescência até os anos após o climatério, essa mulher manterá contato próximo com seu profissional de saúde, geralmente



estabelecendo uma estreita relação de confiança e duradoura. Essa interação nos diferentes estágios do ciclo de vida dará a este profissional a extraordinária oportunidade de interagir proativamente em sua saúde em diferentes processos durante as diferentes idades da vida feminina. Assim, um atendimento adequado, profissional e moderno não apenas resulta em uma redução da morbimortalidade materna e perinatal, mas também influencia positivamente a relação mãe-filho, a relação pai-filho e no desenvolvimento intelectual e psicossocial do indivíduo nascido (DINIZ, 2014; DELBANCO GUERTIS, 2021).

O nascimento é um momento determinante assim como o período anterior e imediatamente posterior, eles são decisivos para o desenvolvimento emocional, intelectual e social da criança, com influência central da família. Todos têm o direito de vir ao mundo em um ambiente de carinho e respeito. Desta maneira, o acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal se torna imperativo.

No nosso país, grande parte das gestações são acompanhadas por profissional de saúde, alcançando resultados significativos na morbimortalidade materna e infantil, no entanto, existem desafios maiores, como a ênfase em uma nova visão de qualidade na assistência à saúde, que excede a entrega correta de benefícios tecnicamente adequados. Devemos responder às expectativas de uma população que exige dignidade, respeito e aceitação de redes de saúde pública e privada, com entendimento da diversidade, avaliação da vulnerabilidade e sensibilidade às incertezas ou falta de conhecimento com que as pessoas se dedicam aos nossos cuidados (DOMINGUES, 2014; MARQUES, et al., 2019).

Nesse contexto, a CC, com abordagem familiar ao processo reprodutivo, propõe recuperar os aspectos psicológicos e sociais da gravidez e nascimento, oferecendo cuidados baseados em evidências científicas, personalizadas e respeitadoras dos direitos, valores, crenças e atitudes da mulher. Nem todas as mulheres vivem o processo reprodutivo nas mesmas condições. Nem todas as famílias são iguais. As equipes de saúde são chamadas a trabalhar com critérios flexíveis que, sem perder o norte, aceitam e acompanham cada situação específica. O acompanhamento pré e pós-natal favorecem o desenvolvimento de vínculos afetivos entre a família. Dessa forma, ele também lança os fundamentos emocionais e psicológicos que acompanharão o novo ser ao longo de sua vida, dando-lhe ferramentas que lhe permitirão desenvolver e se inserir na sociedade (DINIZ, 2014; MARQUES, et al., 2019).

Muita coisa mudou na última década em relação à visão e orientação durante a gravidez. Restringir o uso de tecnologia desnecessária durante o processo de gestação e parto e promover a amamentação são algumas das mudanças. Mais especificamente, medidas como contato pele a pele, aleitamento materno na primeira hora após o parto, alojamento conjunto, aleitamento materno sob demanda e presença do pai ou pessoa em trabalho de parto resultaram em menores taxas de maus tratos na criança, maior participação do pai no cuidado à criança, amamentação mais bem-sucedida ao longo do primeiro ano e menor abandono do recém-nascido (TORRES, 2014; MARQUES, et al., 2019).

O enfermeiro obstétrico é o profissional indicado para assumir uma posição estratégica no planejamento dos cuidados de transição, devendo ser o centralizador, colaborando, facilitando e executando para que os cuidados sejam desempenhados de forma pertinente. Este enfermeiro tem a missão de atender e cuidar do bem-estar físico, emocional e social da mulher em estado gravídico, detectar oportunamente qualquer alteração no estado fisiológico da gravidez e oferecer as melhores práticas do ponto de vista técnico, do relacionamento interpessoal e do respeito à interculturalidade, de forma a garantir o nascimento do novo membro da família nas melhores condições possíveis (GRAMACHO; SILVA, 2014; SILVA, et al., 2018).

Para efetivamente cumprir sua missão, o enfermeiro obstetra possui conhecimentos e habilidades que se traduzem em competências e ações derivadas delas. Essas competências são direcionadas ao pré-natal, trabalho de parto e parto, puerpério e recém-nascido. Da mesma forma, são incluídas competências para atendimento em emergência obstétrica e em emergência neonatal (SILVA et al., 2018).

Em 2018, as competências dos enfermeiros obstétricos são apresentadas em quatro categorias consideradas essenciais e que “representam o que deveria ser o resultado esperado do processo de formação de obstetristas”. Este conjunto de competências está vinculado aos documentos de orientação da prática clínica de obstetristas recomendados e utilizados pela OMS (ICM, 2018).

1. **COMPETÊNCIAS GERAIS** As competências desta categoria se referem às responsabilidades da obstetrista como profissional de saúde, aos seus vínculos com as mulheres e outros profissionais de saúde, e às atividades de atenção relacionadas a todos os aspectos da prática da obstetrista profissional. Todas as competências gerais estão destinadas a serem utilizadas durante qualquer fase da atenção (do cuidado). Os educadores devem assegurar-se de que estas competências sejam contempladas nos planos de estudo para a formação de obstetristas.
2. **COMPETÊNCIAS**

ESPECÍFICAS PARA A ATENÇÃO PRÉ-NATAL Competências desta categoria se referem à avaliação da saúde da mulher e do feto, à promoção da saúde e do bem-estar, à detecção de complicações durante a gestação e à atenção às mulheres com gestação não desejada. 3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS PARA A ATENÇÃO DURANTE O PARTO Competências desta categoria se referem à avaliação e ao cuidado da mulher durante o parto que facilitem o processo fisiológico e o nascimento seguro, à atenção imediata do recém-nascido e à detecção de complicações da mãe e do bebê. 4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS PARA A ATENÇÃO CONTÍNUA DE MULHERES E RECÉM-NASCIDOS Competências desta categoria abordam a avaliação contínua da saúde das mães e dos bebês, a educação e promoção da saúde, o apoio à amamentação, a detecção de complicações e a prestação de serviços de planejamento reprodutivo (ICM, 2018, p.1).

O enfermeiro obstétrico (EO) presta atendimento perspectiva humanística, à mulher grávida durante o período gestacional, com base na identificação oportuna dos fatores de risco, uma vez que ele possui o conhecimento e as habilidades para confirmar a gravidez e determinar o risco obstétrico com base nos critérios de classificação estabelecidos. O EO ainda organiza o plano de controle e cuidados com a gestante, dependendo das condições físicas, emocionais, espirituais, sociais e culturais, identificando e usando redes de apoio familiar e comunitário para o cuidado ao parto (CAIXEIRO et al., 2008; ALVES et al.; 2018; SILVA et al, 2018).

Uma competência de cuidado durante o trabalho de parto e parto é fornecer cuidados contínuos à parturiente, atendendo a condições gerais e obstétricas com o intuito de prevenir a ocorrência de complicações que podem afetar a segurança da mãe e do feto. Dentro desse contexto, o EO está apto para avaliar inicialmente as condições maternas e fetais, buscando um estado de bem-estar físico, mental, emocional e espiritual do binômio mãe-filho durante a fase de trabalho de parto e controlando a evolução deste (SANTOS, 2016).

Em relação ao cuidado no puerpério, o enfermeiro obstétrico fornece cuidados abrangentes no puerpério imediato, mediato e tardio, com base nas condições físicas, psicológicas e sociais da puérpera e de sua família (BARATIERI; NATAL, 2019).

Este profissional possui capacitação para: avaliar a evolução do puerpério nas suas três etapas a partir das seguintes atividades: verificar a estabilidade dos sinais vitais; examinar fisicamente a puérpera observando o seu bem-estar geral e focando na avaliação obstétrica, como o grau de involução uterina e a identificação emergências em tempo hábil e fornecer as intervenções necessárias para a estabilização da puérpera antes da presença iminente de complicações irreversíveis e, se necessário, auxiliá-la durante sua transferência (SILVA et al., 2012; ICM, 2018).

Ao recém-nascido, o enfermeiro obstétrico fornece cuidados imediatos, mediatos e tardios, a fim de reduzir o risco de doença ou morte. O profissional ainda realiza a avaliação sistemática do estado geral do recém-nascido, promovendo o bem-estar, segurança física e legal do recém-nascido (GRAMACHO; SILVA, 2014; SILVA et al, 2018).

Considerando as especificidades da formação do enfermeiro obstétrico e o momento de fragilidade na gestação, parto e puerpério, este profissional se torna essencial na composição da equipe multiprofissional para a identificação das necessidades da mulher e do bebê, principalmente em se tratando de questões como planejamento familiar e a morbimortalidade materna e infantil, assim como aspectos especialmente relevantes, merecedores de atenção no puerpério, na perspectiva da integralidade, promoção da saúde e qualidade de vida (ANDRADE et al., 2015).

### 2.3 A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: FERRAMENTA PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS E A ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO

O termo regulação é amplo e para o propósito deste trabalho será considerado ação que busca para regulamentar, ordenar, controlar, auditar e avaliar o atendimento ao usuário quanto às suas necessidades, dentro dos padrões aceitáveis da sociedade (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

Cavalcanti; Cruz; Padilha, (2018) apontam que a regulação é uma função da gestão, a quem cabe atuar sobre os sistemas de saúde, em sua produção direta e no acesso dos usuários em todos os níveis.

O foco da regulação é garantir o desempenho do sistema de saúde, isto é, manter uma assistência eficiente e equitativa suprimindo as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007). Peiter e Oliveira (2016) complementam que é dever do Estado ordenar a distribuição de recursos, bens e serviços de saúde, tendo como meta superar os problemas de falta de acesso a serviços de saúde.

Outra função do Estado importante e intransferível é a de regular o setor saúde com o propósito de controlar custos e prevenir práticas que podem ocasionar danos ao usuário e ao próprio Estado. E, ainda com vistas ao bom desempenho de serviços de saúde, a gestão deve estabelecer padrões mínimos para habilitação profissional. Essas práticas geram um desafio para o gestor, pois além de incorporar mecanismos

de regulação, protocolos e modelos assistenciais, a fiscalização de desempenho é de suma importância. Um aliado do Estado, para realizar o monitoramento de desempenho do setor saúde, é o próprio usuário que, desde que bem informado, pode ser um importante agente regulador (BRASIL, 2007).

No que concerne à área da saúde pode-se considerar a regulação como ação estratégica, pois pelo uso deste conceito, podemos elencar a priorização dos serviços prestados e, ainda, a qualidade do serviço que está disponível. A concepção econômica da regulação também é relevante tendo como foco a organização do sistema de saúde e do mercado dos recursos necessários para a prestação de serviços. Assim, a possibilidade de proporcionar um serviço eficaz e eficiente se torna mais provável (ANDRADE, 2013; BRASIL, 2007).

Este tipo de estratégia reflete diretamente em obtenções positivas relacionadas à produção e custos, possibilitando a promoção de equidade, pois os recursos certos são destinados corretamente a quem precisa, no momento oportuno (BRASIL, 2007).

Esta discussão no Brasil emergiu com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002, nesses respectivos anos, debatendo conceito, práticas e finalidades da regulação, controle, avaliação e auditoria em saúde como resposta à dificuldade de acesso aos serviços de saúde (CAVALCANTI; CRUZ; PADILHA, 2018).

Em 2008, o MS instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, que traz três dimensões da regulação que se integram entre si: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; Regulação do Acesso à Assistência ou regulação do acesso ou regulação assistência (BRASIL, 2008).

A primeira tem como objeto os sistemas de saúde das esferas municipais, estaduais e nacional, assim como os gestores, alocando as diretrizes do SUS, com o propósito de realizar monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas (BRASIL, 2008).

As NOAS SUS 01/2001 ampliam a responsabilidade dos municípios sobre a atenção básica e reservam à União e aos Estados a gestão da média e da alta complexidade dos serviços públicos de saúde e tem como prioridade garantir que a população tenha garantido seu direito ao acesso a serviços de saúde, de prestadores públicos e privados (ANDRADE, 2013). A regulação em saúde vem tomando espaço por se configurar como uma importante ferramenta para transpor desafios que acometem o SUS desde a sua criação; ela ajusta meios e ações que garantam o

direito do usuário ao acesso universal, integral e equânime (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016; BRASIL, 2007).

Esses direitos foram adquiridos pelo texto da Constituição Federal de 1988 e regulado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde 8.080, que preconiza que o atendimento de saúde seja realizado para cada indivíduo de forma integral e, para tanto, foi necessária a reconfiguração dos modelos gerenciais dos serviços de saúde, sendo estruturada no SUS a organização de atendimento em Redes de Atenção à Saúde (RAS) de forma regionalizada e hierarquizada (SOUZA et al., 2017).

A RAS tem o objetivo de superar a fragmentação no atendimento prestado, tornando o trabalho de assistência à saúde coletivo e cooperativo, visando ações preventivas, curativas e de reabilitação, buscando a qualificação da gestão do cuidado e proporcionando acesso aos recursos tecnológicos que o usuário necessita de forma individual e coletiva, pois o modelo biomédico vigente se mostra insuficiente (SOUZA et al., 2017; CHAVES et al., 2017).

Nesse modelo, a APS é o ponto de entrada para o processo de assistência à saúde. Existe um cronograma de acordo com os Planos de Saúde previamente estabelecidos tentando responder aos requisitos gerais de saúde da população do ponto de vista do ciclo de vida e garantindo a continuidade do atendimento (ORTEGA et al., 2016).

A atenção primária é o primeiro nível da organização do sistema público de saúde, responsável por oferecer a maior cobertura populacional de cuidados clínicos associados à promoção, prevenção, cura das patologias mais frequentes e reabilitação (ORTEGA et al., 2016).

Por outro lado, o atendimento de Especialidades Ambulatoriais é responsável por fornecer o atendimento especializado necessário para o tratamento de problemas de saúde não acessíveis pela APS. O acesso do paciente a esse nível de atendimento e seu portfólio de benefícios será concedido pela geração de uma solicitação de consulta, do mesmo nível de especialidade ou do Serviço de Emergência Hospitalar. Ambos os níveis devem construir um modelo que responda aos problemas de saúde da população de forma real, decisiva, responsável, com segurança e qualidade, o que implica em uma estreita relação e interdependência entre si, conforme definido em Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011 (ORTEGA et al., 2016).

Os serviços de emergências são atendidos nas instituições de saúde mais complexas, os hospitais, que possuem densidade tecnológica específica e realizam

atendimento a usuários em, ou com potencial de complicações de saúde agudas ou crônicas, havendo necessidade de internação e assistência contínua, exigindo que estes ambientes tenham equipe multiprofissional e interdisciplinar que possa atender a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013).

A estes hospitais cabe a realização de gerenciamento de leitos que deve ser realizado por equipes internas denominadas (NIR) Núcleos Internos de regulação ou (NAQH) Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, estes núcleos farão a identificação da complexidade da assistência realizando a indicação do leito correto, baseado em critérios pré-estabelecidos e, quando necessário, realizam busca de outras instituições que sejam qualificadas para corroborar com o atendimento do paciente (BRASIL, 2013).

A regulação ao acesso hospitalar deve ser feita de forma transparente, com avaliação de critérios para priorização de pacientes com riscos ou vulnerabilidades e é recomendado o uso de protocolo de acolhimento e classificação de risco (BRASIL, 2013).

A RAS deve buscar um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente (BRASIL, 2013). Uma das estratégias que deve melhorar este processo de atendimento ao usuário, e faz parte dos regulamentos ministeriais, é a de comunicação pelo Sistema de Referência e Contrarreferência, que deve ser usada e aprimorada (ORTEGA et al., 2016).

A Referência é o pedido de avaliação diagnóstica e/ou tratamento de um paciente derivado de uma unidade de saúde com menor capacidade de resolução para outro com maior capacidade, a fim de garantir a continuidade da prestação do serviço (ORTEGA et al., 2016).

Essa derivação pode ser realizada nos centros de atendimento especializado dos diferentes hospitais / centros de referência da rede. Esse termo também pode ser usado nos casos em que o nível de maior capacidade de resolução deriva do centro de menor capacidade, sem que o centro de menor complexidade tenha se referido à maior complexidade. Isso ocorre nos casos em que o usuário entra na rede por meio do departamento de emergência (por exemplo, acidente vascular cerebral, crise hipertensiva, entre outros) (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

Já o processo de contrarreferência consiste na entrega de indicações do serviço que tratou um paciente encaminhado para avaliação ou gerenciamento. Seu

objetivo é informar o profissional que encaminhou o paciente da atenção primária ou de outra especialidade e, se aplicável, continuar seus controles no centro de origem (nível primário ou secundário). Deve incluir detalhes de sua avaliação clínica e instruções de direção, independentemente do momento em que é realizada, precisa conter informações como: dados pessoais do paciente; dados de referência da instituição de saúde; diagnóstico; tratamento realizado; informações da especialidade que passou e data do atendimento (ORTEGA et al., 2016).

Estas informações devem conter orientações pertinentes ao seu cuidado respeitando a autonomia do indivíduo, possibilitar o auxílio da família, a ter de resumo dos cuidados recebidos no nível de especialidade e que esse resumo seja integrado à planilha de cuidados no nível primário para dar continuidade aos cuidados e tratamento, proporcionando a chamada e alta hospitalar responsável (BRASIL, 2013).

Na Referência e Contrarreferência, deve-se ter em mente que cada ponto da Rede de Saúde deve elaborar seu "Mapa de Gerenciamento de Rede", onde descreve os estabelecimentos que a compõem, sua complexidade e o escopo de suas carteiras de Serviços, que devem ser complementares e responder às necessidades de saúde da população beneficiária designada. Para que esse design funcione, ele deve ter um sistema de comunicação que permita a esse beneficiário fluir com segurança e eficiência por meio dele (ORTEGA et al., 2016).

O Sistema de Referência e Contrarreferência é o conjunto de atividades administrativas e assistenciais que definem a referência do usuário de um estabelecimento de saúde de menor densidade tecnológica para outro de maior capacidade de resolução e a contrarreferência desse usuário ao seu estabelecimento de origem, a fim de garantir a continuidade dos cuidados (CAVALCANTI; CRUZ; PADILHA, 2018).

Como mencionado anteriormente, a estratégia contrarreferência tem como objetivo a continuidade de cuidado a aquele usuário que passa por hospitalização e quando retorna à APS necessita de orientação para dar continuidade ao seu tratamento ou adaptar-se com a nova conformação no pós-alta, assim como seus familiares; essa orientação pode ser proporcionada pela alta responsável. Neste momento, a enfermeira tem papel fundamental e deve ocupar a coordenação para a alta e promover a integração de membros da equipe assistencial que tenham relevância para o processo (RIBAS et al., 2018).



### 2.3.1 Enfermeira de ligação

O estímulo à criação do enfermeiro de ligação vem da necessidade de diminuir a desarticulação entre os pontos de atenção à saúde dentro da rede. Trazendo o enfermeiro para este papel de coordenador da alta, um tipo de inovação de recursos humanos, que o torna o profissional que pode qualificar o cuidado (CIETO et al., 2014; RIBAS et al., 2018).

Além disso, um dos pontos que apresenta vulnerabilidade no sistema de saúde brasileiro é a comunicação e os enfermeiros de ligação parecem ser uma estratégia facilitadora em elementos fundamentais, como a comunicação e a articulação (RIBAS et al., 2018).

Serviços de saúde em países como Canadá, Portugal e Espanha já se utilizam de uma estratégia inovadora, as chamam de “enfermeira de ligação” ou “enfermeira de enlace”, “enfermeira da equipe de gestão de altas”, “enfermeira-facilitadora da alta” e “coordenador de alta” (CIETO et al., 2014; RIBAS et al., 2018).

A estrutura do modelo assistencial brasileiro, com os níveis de atenção e equipes multiprofissionais, favorece a ocorrência desta articulação, mas ainda não ocorre de forma estruturada e sistematizada, sendo relevante que se utilizem estratégias pautadas em políticas públicas que favoreçam a continuidade do cuidado e que sejam centradas no usuário (RIBAS et al., 2018).

As enfermeiras de ligação reúnem informações dos inúmeros atores envolvidos no processo assistencial e estabelecem estratégias, pactuando a colaboração da família para assegurar que os pacientes recebam os cuidados planejados, realizando os ajustes do plano de restabelecimento com as equipes de saúde no ambiente hospital e fora dele (BERNARDINO et al., 2010; GALERA; BERNARDES, 2019).

Para alcançar a continuidade no cuidado, se torna indispensável que a enfermeira de ligação trabalhe em parceria com a equipe assistencial multidisciplinar, traçando metodologias e amplificando os cuidados ao usuário e planejando os procedimentos para alta de forma completa (MARTINS et al., 2018).

Além de contar com este apoio da equipe assistencial, Aued, et al. (2019) destacam que a busca ativa do paciente é necessária, pois este contato olho no olho facilita a identificação das reais necessidades dos pacientes e promove vínculo fazendo com que o paciente se sinta mais seguro e valorizado.

É característico da profissão de enfermagem um contato mais próximo ao paciente, permitindo assim a possibilidade de acumular grande quantidade de informações, relevantes para o desenvolvimento do cuidado. Esse conhecimento torna pertinente a indicação da enfermeira para ser este profissional de ligação, pois ela é um ponto de convergência da equipe (CIETO et al., 2014; AUED et al., 2019).

Além disso, essa variante de atuação do enfermeiro, o enfermeiro de ligação, tem proporcionado experiências positivas durante a internação e na alta. Além de abrir mais uma perspectiva de atuação para o profissional enfermeiro, proporciona visibilidade e impacta em melhorias nas ações de saúde (CIETO et al., 2014; AUED et al., 2019).

Outros benefícios relacionados à inserção desse profissional nos ambientes de assistência é a troca de saberes entre os diferentes membros da equipe intra e extra-hospitalar, que favorece na consolidação dos saberes construídos, buscando fortalecer ações coletivas, a continuidade do tratamento em locais que antes não apresentavam tanta efetividade como o domicílio, a realização de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e a diminuição de reinternação, assim como a possibilidade de desospitalização (CIETO et al., 2014; AUED et al., 2019).

Cieto, et al. (2014) reforçam que o planejamento para alta é elemento indispensável do processo de enfermagem e para isso é necessário aderir às práticas indicadas. O plano de alta deve ser iniciado o quanto antes, de preferência dentro das primeiras 24 horas da internação. Este plano irá possibilitar avaliar ou reavaliar diagnósticos pela equipe multiprofissional, possibilitando prever as dificuldades e riscos a serem enfrentados e promover medidas que possam mitigá-las, assim como definir melhor forma de tratamento, se necessário (BRASIL, 2013; AUED et al., 2019).

### 2.3 ITINERÁRIO DA MULHER: PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DURANTE O CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

A equipe da atenção primária deve buscar o atendimento integral das famílias sob seu cuidado, então faz parte de suas atribuições dentro do contexto reprodutivo o envolvimento no cuidado da mulher, do bebê que irá chegar e da família que o cerca, e essa equipe de saúde deve estar apta a cuidar dos aspectos físicos e psíquicos desses usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

É desejável que, antes da gestação, exista uma consulta pré-concepcional, neste momento deve haver orientação e possível detecção de riscos que possam prejudicar o desenvolvimento da futura gravidez. As atividades desenvolvidas nesta avaliação devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico, além de alguns exames laboratoriais para o casal. É um instrumento de grande valia para prevenção à morbimortalidade materna e infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A unidade de saúde deve proporcionar um atendimento longitudinal e continuado e suas ações deverão permear a integralidade do cuidado articulada a outros pontos da rede, utilizando as tecnologias pertinentes para o atendimento da população sob sua responsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O acolhimento é uma das ferramentas que deve ser utilizada para formação de vínculo, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher buscando conhecer sua história de vida, os seus sentimentos, a sua família, o ambiente em que vive, se possui rede de apoio social e emocional, valorizando a singularidade de cada pessoa, contexto e situação e é apoiada a presença de um acompanhante de escolha da gestante no pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Para confirmação gestacional, devem ser realizados exames laboratoriais específicos e somente em casos de detecção da gestação em fase avançada, quando os batimentos cardíofetais já forem audíveis, se torna dispensável o exame comprobatório. O acompanhamento pré-natal busca manter o desenvolvimento gestacional, seguro para mulher e recém-nascido. Esse conjunto de cuidados é elencado como fator de relevância para o desfecho do nascimento, portanto é recomendado pelo MS que se inicie o pré-natal o mais precocemente possível (REDE MÃE CURITIBA VALE A VIDA, 2018 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Os programas Rede Mãe Paranaense e Rede Mãe Curitibana Vale a Vida que são adotados no atendimento público no estado do Paraná e no município de Curitiba, respectivamente, ressaltam a importância do acompanhamento do pré-natal precoce, isto é, antes da 12ª semana, e trabalham com a possibilidade das consultas intercaladas entre médicos e enfermeiras, garantindo como prevê a OMS minimamente 7 consultas no pré-natal e 1 no puerpério. O cronograma estabelecido por cada um é diferenciado, mas essa frequência deve obedecer a cada protocolo podendo ser aumentada de acordo com o profissional que executa o atendimento (REDE MÃE CURITIBA VALE A VIDA, 2018; SESA, 2019).

De acordo com o MS, o acompanhamento do pré-natal de baixo risco pode ser realizado integralmente pelo enfermeiro e ressalta-se que é privativo ao enfermeiro a realização de consulta de enfermagem, garantida pela Lei do Exercício Profissional e regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Na primeira consulta é aberto o prontuário de pré-natal, realiza-se o preenchimento da carteirinha de gestante, a avaliação clínica e a solicitação de exames de rotina, orientação sobre o programa de saúde e vinculação à maternidade de referência. Essa vinculação é baseada na estratificação do risco gestacional, que é determinada por um conjunto de fatores analisados no primeiro atendimento e a cada consulta de pré-natal, que são: características individuais (idade, vícios, escolaridade), antecedentes pessoais, antecedentes gineco-obstétricos e avaliação da gestação atual. O risco gestacional não é estático, por este motivo deve ser avaliado a cada oportunidade que a mulher busca as instituições de saúde (REDE MÃE CURITIBA VALE A VIDA, 2018; SESA, 2019).

Normalmente a gestação é um fenômeno fisiológico, não necessitando intervenções, porém, em alguns casos, quando encontram-se fatores de risco que possam ocasionar dano à mulher ou à criança, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de maior complexidade. Tanto a Rede Mãe Paranaense quanto a Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, possuem essa estratificação de risco gestacional, que servem de orientação para atenção obstétrica no estado e no município.

A Rede Mãe Paranaense trabalha com três classificações: risco habitual, risco intermediário e alto risco, essa estratificação vai dizer qual é o nível de complexidade da maternidade que a gestante deve ser vinculada para parir. Para o enquadramento no risco é levado em consideração fatores individuais, obstétricos, sociodemográficos e complicações na gestação atual (SESA, 2019).

Já a Rede Mãe Curitibana Vale a Vida estratifica as gestações em: baixo risco ou risco habitual, risco intermediário, risco intermediário alto e alto risco, nenhuma das classificações dispensa o acompanhamento contínuo da gestante na unidade de saúde, mas quando diagnosticada como risco intermediário alto ou alto risco, essa gestante é encaminhada para a maternidade de maior complexidade, sendo acompanhada em ambos os serviços (REDE MÃE CURITIBA VALE A VIDA, 2018).

Porém, como a avaliação de risco é dinâmica, demandando acompanhamento constante, e este risco só poderá ser confirmado na finitude do processo gestacional,

após o puerpério, quando o desfecho do processo não apresentar nenhuma complicação à saúde da mulher ou do recém-nato (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A detecção de um risco gestacional não demanda obrigatoriamente o encaminhamento da gestante a um pré-natal de alto risco; apesar desse risco aumentado e a situação da gestante for considerada estável, é um fator de atenção, mas não de mudança de conduta. Mas fatores clínicos relevantes tornam esse aumento de risco real, exigindo o acompanhamento do alto risco e, a partir deste momento, a mulher só irá retornar ao serviço de origem quando a situação for considerada resolvida ou controlada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Não existe alta de pré-natal, a mulher realiza o acompanhamento na UMS até o nascimento do bebê, ainda assim existem momentos que não dispensam a atuação da maternidade em conjunto com a atenção primária. Por este motivo, o estreitamento de laços entre estes dois níveis de cuidado se torna indispensável para assistência adequada à mulher, à criança e à família (REDE MÃE CURITIBA VALE A VIDA, 2018; SESA, 2019).

A partir da 40<sup>a</sup> semana de gestação é indicado que a mulher inicie um acompanhamento seriado a cada dois dias, com avaliação do bem-estar fetal, com a monitorização de batimento cardíaco fetal e índice de líquido amniótico, até que se complete 41<sup>a</sup> semanas, neste momento os estudos clínicos recomendam a indução do parto, por observar menor chance de morte neonatal e perinatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O retorno da puérpera à atenção primária, habitualmente acontece 48 horas após o nascimento, deve ser garantido na maternidade com o agendamento de consulta via sistema para 100% das mulheres no momento da alta (REDE MÃE CURITIBA VALE A VIDA, 2018), e na recepção desta mulher na UMS, já devem ser ofertado métodos contraceptivos que mais se adequem à sua necessidade (SESA, 2019).

Para completude deste atendimento e a garantia de continuidade dos cuidados, os fluxos de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contrarreferência, devem ser garantidos, observando a integralidade, como já mencionado, é um dos princípios constitucionais do SUS, este junto com a universalidade do acesso, a equidade das ofertas em saúde e a participação da comunidade, modificam os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde.

A união destes princípios torna a visão sob o usuário de forma não fragmentada, tornando possível uma proposição de ações de promoção, prevenção de ações para saúde tanto de cura como de reabilitação. E neste contexto a gestação e o puerpério também devem ser percebidos de forma integral relacionada ao conjunto individual, familiar e comunitário.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO – CONTINUIDADE DE CUIDADOS POR REID, HAGGERTY E MCKENDRY**

Neste capítulo apresenta-se o marco conceitual, que é uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação e da ação (SCHMITZ, et al., 2016) de Reid, Haggerty e Mckendry (2002), o qual subsidiou a análise dos dados desta pesquisa.

Dos modelos multidimensionais existentes foi elencado este para referencial deste por entender que ele valoriza as ações que são realizadas pelos serviços de saúde e profissionais que oportunizam um cuidado conectado embasado nas perspectivas dos pacientes.

Primeiramente o trabalho destes autores foi encomendado para definição do conceito e estipulação de estratégias que pudessem ser utilizadas para o monitoramento. Foi utilizada o conceito “continuidade do cuidado” em uma revisão bibliográfica, que foi apresentada para discussão em um Workshop em Vancouver, Canadá, no ano de 2001 (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

A primeira conclusão tirada por eles foi que em cada ponto da atenção à saúde, a continuidade é percebida de uma maneira diferente; na atenção primária, no atendimento hospitalar, na atenção psiquiátrica, também foi definido que dois conceitos centrais são essenciais para continuidade, a experiência individual de quem está recebendo o cuidado e a permanência deste cuidado ao longo do tempo, mas somente eles não são suficientes para continuidade existir (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Enfim, esses autores concordam que a continuidade do cuidado ocorre quando os elementos da assistência estão conectados e perduram pelo tempo, e que os pacientes e profissionais têm perspectivas distintas, e ainda completam que CC é o resultado da união de outros fatores, tais como: fluxo adequado de informações entre diversos profissionais, cuidados coordenados de forma acessível e satisfatória ao usuário e boas habilidades interpessoais (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Os autores afirmam que nenhuma destas medidas utilizadas de forma isolada podem capturar os aspectos da continuidade, é necessário perceber se o paciente que recebe este cuidado percebe-o de forma suave e conectada, já para o profissional, é a possibilidade de ter informações e conhecimentos sobre o paciente que viabilizem

sua atuação da melhor forma e, ainda, que outros profissionais aceitem e contribuam com seus cuidados (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

O modelo classifica a continuidade do cuidado em três: continuidade informacional; continuidade gerencial e continuidade relacional, sendo que todas estão conectadas em quase, se não em todos, os tipos de atendimento à saúde, mas a ênfase em cada tipo de continuidade varia de acordo com o tipo e o ambiente de atendimento (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). (FIGURA 1)

A continuidade informacional trata da disponibilidade das informações dos eventos anteriores vividos pelo paciente para que o profissional possa interpretar e trabalhar essas informações para planos presentes e futuros (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Existem várias maneiras para que a informação chegue em seu destino, mas de maneira geral, os sistemas de informação contribuem para a melhoria da qualidade da prestação do serviço de saúde. Facilita para os profissionais e pode garantir que as etapas de um atendimento sejam realizadas, para o paciente é ter conhecimento de seu tratamento, de forma facilitada, e poder opinar sobre ele, promove autonomia. Assim, certamente, ambos ficarão satisfeitos com a assistência prestada.

Ressalta-se que as informações clínicas são importantes, mas também devem ser levados em consideração os valores, crenças e o contexto social onde o paciente está envolvido, pois são questões que podem estar diretamente ligadas à condição de adesão ao tratamento, recuperação ou reabilitação da saúde (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). Neste aspecto, o fator humano se torna imperativo, pois é o profissional de saúde quem deve investigar diferenciais nestas características individuais.

A continuidade pode ser vista focando na perspectiva da pessoa ou na doença (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). Com relação à saúde da mulher, a preocupação com a segurança do relacionamento mãe-filho deve ser equilibrada com o direito de escolha das mulheres, que deve ser embasado nas melhores informações disponíveis. Desta maneira, a mulher poderá escolher de forma consciente e autônoma o tipo de atendimento mais adequado, incluindo a relevância cultural (DOMINGUES, 2016).

Um estudo mostrou que no decorrer de atendimentos prestados a puérperas e bebês foram percebidas fragilidades nas informações divulgadas por diversos membros da equipe multidisciplinar, causando dificuldade no cuidado. Essas falhas



de comunicação justificam a insegurança que pode ser causada para quem está sendo atendido, mostrando que ainda estamos distantes de um cuidado verdadeiramente centrado no paciente. Ainda não conseguimos passar informações seguras entre os profissionais e conseqüentemente ao paciente, assim como o desafio de respeitar de forma individual crenças e valores está no rol de situações a serem superadas pela equipe de saúde (COSTA et al, 2019).

Como ressaltado por Reid, Haggerty e Mckendry (2002), a informação é a ferramenta para que os profissionais de saúde possam promover a continuidade do cuidado. Desta maneira, as informações disponibilizadas pelas equipes de saúde devem ser realizadas de maneira objetiva e completa, sendo capaz de subsidiar o atendimento em qualquer ponto da rede e ainda possibilitando à família a mesma compreensão. Destaca-se que a qualidade da informação passada está relacionada à eficácia do tratamento (ASSUNÇÃO E QUEIROZ, 2015).

Continuando a explicitar as classificações descritas pelos autores a continuidade relacional é o conhecimento do paciente de forma gradual, referindo-se a uma relação terapêutica contínua, isto é, respeitando a singularidade, gerando confiança, compreensão entre o provedor de saúde e o usuário, buscando um link para cuidados futuros. (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Em seu estudo, Reid, Haggerty e Mckendry (2002) utilizam-se de dois exemplos para demonstrar a continuidade relacional, o primeiro é a atenção primária, onde há lealdade do paciente ao serviço, e um senso de responsabilidade dos profissionais de saúde pelos clientes, tornando este relacionamento forte; o segundo exemplo são os profissionais que trabalham com pacientes de saúde mental, esses buscam estabelecer relações mais estreitas com seus pacientes para garantia do cuidado, pois nestes locais de atuação pode ocorrer uma baixa expectativa de continuidade relacional, mas ela fica ancorada na responsabilização de um profissional-chave da equipe de saúde (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

A interação social é nata do ser humano, em casa, na sociedade, no trabalho, ela depende de características individuais, valores éticos, culturais e morais, mas também de atenção e foco no momento do contato, além da linguagem verbal e não verbal que também tem influência no processo. O desafio do profissional de saúde é garantir que, mesmo com estas diferenças pessoais, obtenha-se uma relação saudável que proporcione uma interação favorável com o paciente.

Supõe-se que o contato duradouro com um único provedor é ligado a relacionamentos mais fortes e melhor transferência e captação de informações e gestão consistente (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). Em estudo publicado em 2005 foi considerado que a relação profissional e paciente é a base de todo tratamento tendo incidência direta sobre a saúde (ASSUNÇÃO E QUEIROZ, 2015). Além disso, o tempo desta interação entre profissional e paciente é muito variado, laços fortes podem se formar em pouco tempo, como em uma internação hospitalar, ou a longo prazo como na atenção primária (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

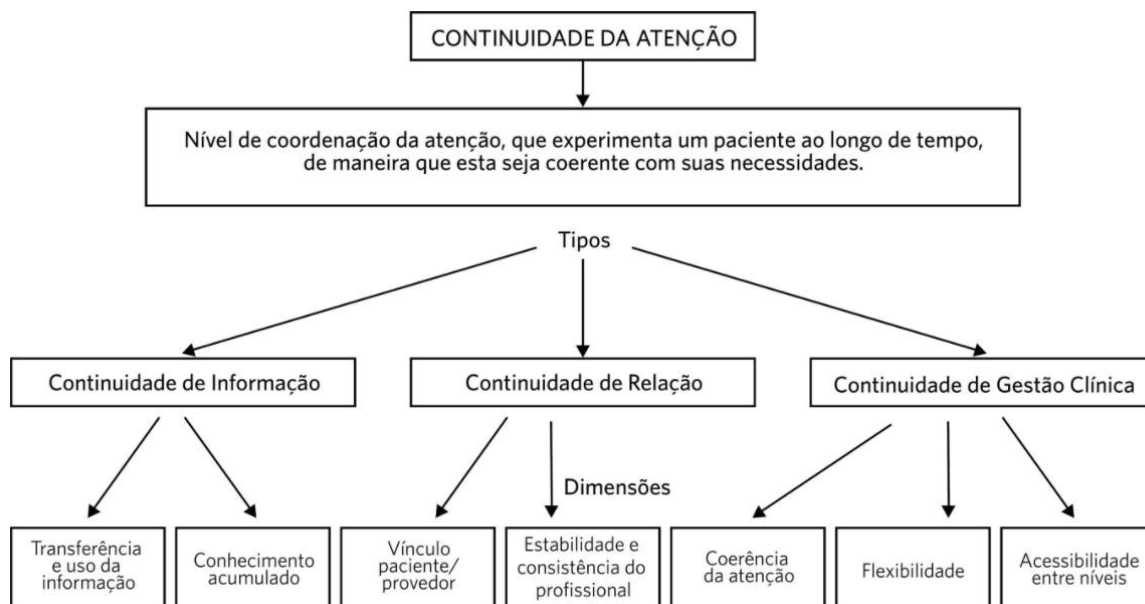
E por fim, a continuidade gerencial refere-se à coordenação da atenção, garantia do recebimento de cuidado de forma coesa e complementar entre si sem que haja duplicação ou atrasos nos cuidados à saúde, que permita a interação da equipe multiprofissional dentro do serviço e entre diferentes serviços e a flexibilização na prestação de cuidados quando necessário (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Espera-se que a gestão, independentemente de esfera pública ou privada, tenha a responsabilidade de planejar e negociar provimentos de recursos para a assistência à saúde, a fim de garantir a consistência da continuidade do tratamento. É necessário que quem esteja à frente deste planejamento tenha uma visão ampliada de saúde, sendo capaz de priorizar problemas e necessidades da comunidade e, ao mesmo tempo, contemplar que o modelo de atenção seja integral e participativo.

A busca por essa coesão na continuidade de tratamento é almejada em todos os tipos de cuidado em saúde, mas principalmente para pacientes crônicos, planos com intuito de melhorar a qualidade de vida no paciente e evitar agudizações de sua doença. Quanto mais longo o tratamento ou cuidados com a saúde, maior a da interação entre os serviços (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Os três tipos de continuidade podem ser focados na doença ou na pessoa e normalmente se complementam, mas dependendo da situação, uma terá mais destaque que a outra. Fica claro que os provedores e os pacientes têm percepções diferentes da continuidade, enquanto os profissionais de saúde destacam a importância de informações completas que proporcionem a coerência de suas ações, o paciente espera uma combinação de bom relacionamento com quem o está atendendo e um atendimento de boa qualidade e resolutivo. Por este motivo, ainda não existe um indicador que possa ser utilizado em larga escala para medir continuidade do cuidado (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). (FIGURA 1).

FIGURA 1 - CONTINUIDADE DE ATENÇÃO



FONTE: Silva et al (2016) apud Reid; Haggerty; Mckendry (2002)

A 'continuidade de gestão' clínica se expressa em três dimensões:

(a) a acessibilidade entre os níveis assistenciais, que se caracteriza pela oportunidade de transposição de nível, de acordo com a necessidade e no tempo oportuno;

(b) a consistência do cuidado ou coerência da atenção, que é definida como a percepção, por parte dos pacientes, de que exista coerência nos objetivos e tratamentos realizados por diferentes serviços (provedores); e

(c) a flexibilidade nos planos de cuidado, definida como a percepção do paciente de que sua atenção se adapta às mudanças de suas necessidades e circunstâncias.

A 'continuidade da informação' está subdividida em:

(a) a transferência da informação, que é a percepção do usuário de que cada serviço (provedor) tem acesso à informação sobre a atenção prestada anteriormente e ao desenvolvimento de sua doença; e

(b) o conhecimento acumulado, que está relacionado não só à percepção do paciente, mas também ao profissional que o atendeu - se este conhece seus valores e preferências, e se isto influencia no planejamento do tratamento mais apropriado.

E, finalmente, na 'continuidade de relação' existem duas subdivisões:

(a) o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde, que tem duração variável de acordo com o tipo de assistência demandada (episódio agudo ou enfermidade crônica de longa duração); e

(b) a estabilidade e a consistência do profissional, que estão vinculadas à possibilidade de o paciente ser atendido pelos mesmos profissionais (provedores), caracterizando-se pela responsabilidade e pela confiança entre usuário e equipe, ainda que não se estabeleçam relações em longo prazo (Silva, et al 2016, p.109)

No cuidado à saúde da mulher durante o ciclo gravídico, o puerpério e o primeiro ano de nascimento de seu filho, o binômio deve vivenciar os três tipos de continuidade descrita em todos os momentos de seu atendimento, na atenção primária, nas possíveis hospitalizações e após a alta, incluindo aquelas que passaram por abortamento, ou que ainda permanecem grávidas, impactando no atendimento pela atenção primária após o tempo de internação (REIS et al, 2015).

No entanto, percebe-se que esse quesito contrarreferência ainda é frágil, principalmente no retorno do paciente do setor terciário para a atenção primária necessitando da devida atenção destes gestores.

## 4 MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório. A pesquisa qualitativa não está ligada à representatividade numérica, e sim ao aprofundamento na investigação de significados, motivo e atitudes, nas atividades sociais (MINAYO, 2009). Ela envolve uma abordagem interpretativa do mundo, isto é, estudar fenômenos em seu ambiente natural, buscando desvendar os significados dos acontecimentos (AUGUSTO, et al., 2013)

Os estudos exploratórios são aqueles que examinam a natureza do fenômeno e como ele se manifesta, bem como os fatores que estão a ele relacionados, incluindo sua causa (POLIT E BECK, 2019). Gil (2008) acrescenta que os estudos exploratórios trazem à tona assuntos poucos conhecidos, trazem familiaridade com o problema, tornando-o explícito. Podem ser bastante flexíveis em relação ao planejamento utilizando desde levantamento bibliográfico, entrevistas ou análises que propiciem a compreensão do evento estudado.

### 4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Curitiba, em uma UMS que tem vinculação com a MVFA.

Como em todo âmbito nacional, o atendimento à saúde em Curitiba funciona estruturado em rede de atenção, composta por atenção básica, especializada, urgência e emergência. A APS foi organizada em 10 distritos sanitários (DS), dentro dos DS estão distribuídas as UMS, em um total de 111 UMS (64 unidades de saúde estratégia da família e 47 unidades básicas de saúde) e cada uma delas atende a população referente a um território de acordo com sua área de abrangência (SMS, 2019).

Tendo em vista essa organização, a mulher deve estar cadastrada em uma UMS para realizar o acompanhamento pré-natal, pois esta é a porta de entrada para o sistema de saúde. Sequencialmente, após a confirmação da gestação, a mulher será vinculada à maternidade condizente com sua classificação de risco (REDE MÃE CURITIBANA VALE VIDA, 2018).

A maternidade escolhida, a MVFA é uma instituição que atende somente ao SUS, ela compõe o Complexo Hospital de Clínicas, e por pactuação com a SMS de Curitiba, é referência para as gestantes classificadas como risco baixo e intermediário, provenientes de 47 UMS, distribuídas nos DS Boqueirão, Boa Vista, Cajuru, Cidade Industrial de Curitiba (CIC), Matriz, Portão e Santa Felicidade. Além dessas unidades, a maternidade também atende mulheres provenientes de busca direta. Ela conta com 36 leitos de alojamento conjunto, 10 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo) e atende em média 200 nascimentos/mês, sendo 70% deles parto natural (DOCUMENTO MVFA).

Em 2018 foi delineado o perfil da população atendida na MVFA, que identificou uma clientela de mulheres com nível de escolaridade elevado e assistência ao pré-natal adequada, entretanto, foram identificados casos relevantes que necessitam de contrarreferência, tais como, 49,09% (163) das mulheres atendidas eram multíparas; 14,16% (47) com idade entre 14 a 19 anos; 5,43% (18) em situação obstétrica com risco, intermediário alto ou alto; além de 9,58% (23) dos RNs necessitaram de internamento na Unidade de Cuidados Intermediários Convencional, dados que contribuem e fundamentam a implementação do serviço de Gestão de Altas nesta maternidade (SILVA et al., 2020)

#### 4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido com dois grupos, no primeiro momento com os profissionais de saúde que realizam o atendimento no puerpério das mulheres que foram contrarreferenciadas da maternidade para a UMS. A escolha destes grupos como participantes desta pesquisa se dá pela necessidade de entender se a continuidade é sentida pelos profissionais de saúde e pelas puérperas atendidas rede de atenção.

Os critérios de inclusão utilizados foram: profissionais de saúde (enfermeiro ou médico) que receberam contrarreferência de pacientes provenientes da MVFA por pelo menos três momentos durante o ano de 2019.

Critérios de exclusão: profissionais que não tiveram contato com as mulheres e os recém-nascidos contrarreferenciados no período determinado, em férias ou afastados por licenças para tratamento de saúde.

Na sequência, foram convidadas a participar as mulheres que fizeram uso da contrarreferência ou tiveram seus recém-nascidos contrarreferenciados da maternidade para as UMS.

Foram utilizados como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, ter sido contrarreferenciada pela Gestão de Altas da MVFA.

Critérios de exclusão: residentes fora da cidade de Curitiba; não alfabetizada.

Foi realizado contato prévio com todos os participantes, pessoalmente ou por telefone, dependendo da disponibilidade de cada um, para que fossem esclarecidos dos objetivos do estudo, bem como a importância do mesmo, sensibilizando os profissionais e mulheres a respeito da temática a ser abordada de forma a não causar constrangimento e desconforto. Em seguida, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto aos participantes, elucidando as dúvidas a respeito do mesmo e solicitando sua autorização escrita.

#### 4.2.1 Seleção de participantes

As puérperas foram escolhidas de forma aleatória em um banco de dados fornecido pelo Serviço de Gestão de Altas da MVFA continham informações das contrarreferências do ano de 2020, foi escolhido o banco de dados de 2020 pela proximidade do parto ser um fator considerado relevante para responder a pesquisa. Neste banco de dados haviam ao todo 127 mulheres e foram selecionadas trinta e cinco (35), para o início das ligações, após as medidas mais restritivas para o isolamento social, pela pandemia foi interrompido os demais contatos. O primeiro contato foi realizado por telefone, pela pesquisadora, para explicar o objetivo da pesquisa e questionar o aceite para a entrevista.

Dentre estas mulheres, quinze (15) não atenderam ao telefone no número disponibilizado nos registros do prontuário eletrônico, dez (10) não aceitaram realizar a entrevista, três (3) aceitaram participar da pesquisa, mas na chegada em suas residências não atenderam a pesquisadora, e na sequência não foi conseguido outro contato, além disso, uma (1) não estava em casa no momento da visita, depois comunicou que houve mudança de endereço, e neste momento desistiu de participar, seis (6) entrevistas foram realizadas com sucesso.

As entrevistas foram realizadas no domicílio das puérperas, cada uma delas durou cerca de 10 minutos. Foram audiogravadas e transcritas pela pesquisadora,

todas elas foram ouvidas pelos menos por três vezes. Esta fase durou 20 horas e o período de coleta foi entre o mês de outubro e novembro de 2020.

Já para definir os profissionais de saúde, foram ranqueadas as UMS que receberam mulheres e recém-nascidos com contrarreferência da maternidade, no período do mês de janeiro a setembro de 2019, conforme informações disponibilizadas pelo Serviço de Gestão de Altas da MVFA. Foram excluídas intencionalmente da participação todas as UMS que tiveram menos de três contatos com a contrarreferência, pois foi considerado que experiência com o uso da contrarreferência seria insuficiente para responder o questionário, desta maneira foram identificadas 45 unidades que seriam campo para o estudo.

#### 4.3 COLETA DE DADOS

Realizou-se contato com cada responsável pelos distritos sanitários, das 45 UMS, que autorizaram o contato com o coordenador das unidades para agendamento das visitas. Cabe ressaltar que a coleta de dados foi feita em meio à pandemia de COVID-19, por este motivo, algumas das unidades elencadas encontravam-se fechadas ou com funcionários realocados em outros serviços de saúde.

Após contato com as 45 unidades de saúde, foram identificadas onze (11) UMS fechadas, pela reorganização no sistema de saúde, durante a pandemia de COVID-19, vinte e uma (21) UMS com profissionais realocados em outras UMS ou com dificuldade para participação do estudo, situação também causadas pela pandemia de COVID-19. Assim, foram incluídas no estudo treze (13) UMS para realização das entrevistas.

Uma das unidades, mesmo estando no ranqueamento como uma das possíveis para coleta, no momento da entrevista o enfermeiro responsável pelo atendimento das consultas puerperais informou que não conhecia o instrumento, nunca havia utilizado, portanto, a UMS foi excluída durante a visita. Em outra unidade elegível, os profissionais tiveram dificuldade para atender a pesquisadora nas datas agendadas, por este motivo também foi excluída da amostra.

Totalizaram, então, 11 UMS participantes na pesquisa. Das onze (11) entrevistas realizadas, três delas serviram para validação do instrumento de coleta, que aconteceram entre os meses de setembro a novembro de 2020, e foram realizadas nas unidades de saúde. Cada uma durou em torno de 10 minutos, foram



audiogravadas e transcritas pela pesquisadora, que ouviu pelo menos por três vezes. Esta fase durou quatorze (14) horas.

Segundo o constatado nas UMS, o profissional que utiliza a contrarreferência é o enfermeiro, pois é ele quem faz a primeira consulta do puerpério, o médico que realiza o seguimento não utiliza o instrumento.

Ambos os grupos de participantes da pesquisa responderam a questões de instrumentos semiestruturados (APÊNDICE III – ENTREVISTA PARA PROFISSIONAL DE SAÚDE e APÊNDICE IV- ENTREVISTA PARA PUÉRPERA), com perguntas abertas e fechadas, as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora. Os instrumentos de coleta de dados foram embasados no referencial teórico de Reid, Haggerty e McKendry (2002), buscando perguntas que elucidassem as categorizações colocadas pelos autores em relação à continuidade do cuidado de maneira homogênea.

Foi entrevistado todos os participantes disponíveis de acordo com o critério de inclusão. A coleta de dados foi encerrada pois o recrutamento de participantes foi afetado pela pandemia, no caso das puérperas, a necessidade de isolamento social, para evitar a disseminação do vírus, fez com que houvesse muitas negativas para realização da entrevista. Com os profissionais de saúde o limitante para continuidade da coleta de dados foi transferência de profissionais de várias unidades de saúde, para reorganização dos serviços de atenção primária para o atendimento durante a pandemia, e estes novos profissionais não conheciam o Serviço de Gestão de Alta, não podendo ser incluídos no estudo.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Compilaram-se os dados em planilhas de Excel®. Para a análise dos discursos coletados nas entrevistas foi utilizada a análise temática, descrita por Braun e Clarke (2006). Os discursos dos participantes, após serem codificados, foram classificados e relacionados aos temas pré-definidos extraídos do referencial teórico, continuidade gerencial, informacional e relacional e suas dimensões utilizadas como subtemas.

A análise temática é um método analítico qualitativo muito utilizado, a princípio, na psicologia, mas é recomendado para outras matérias. Este tipo de análise é um método para identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados. É um método essencialmente independente da teoria e da epistemologia e isso o torna mais

flexível. Uma vantagem dessa técnica, ainda assim, se for utilizada corretamente, é uma forma teórica e metodologicamente sólida, minimamente ela organiza e descreve o conjunto de dados detalhadamente. No entanto, muitas vezes ela chega a interpretar vários aspectos do tema de pesquisa (BRAUN; CLARKE, 2006).

Essa forma de análise utiliza de nomenclaturas específicas para tratar dos dados coletados. O *corpus* de dados irá se referir aos dados como um todo, tudo que foi coletado para o estudo, já o chamado *conjunto* de dados refere-se à parte do corpus que está sendo analisada de forma particular, parte do todo, separado; para se referir a cada parte individual dos dados, será utilizada a palavra *item*, juntando os itens dos dados recolhidos, podem formar o conjunto de dados ou mesmo o corpus. E a última palavra é *extrato*, refere-se a um pedaço individual codificado de dados, que tenha sido identificado, e extraído, a partir de um item; muitos deles são retirados de todo o conjunto de dados e apenas uma seleção deles aparecerá na análise final (BRAUN e CLARKE, 2006). Figura 2 mostra as fases para análise descritas pelos autores (FIGURA 2)

FIGURA 2 - FASES DA ANÁLISE TEMÁTICA

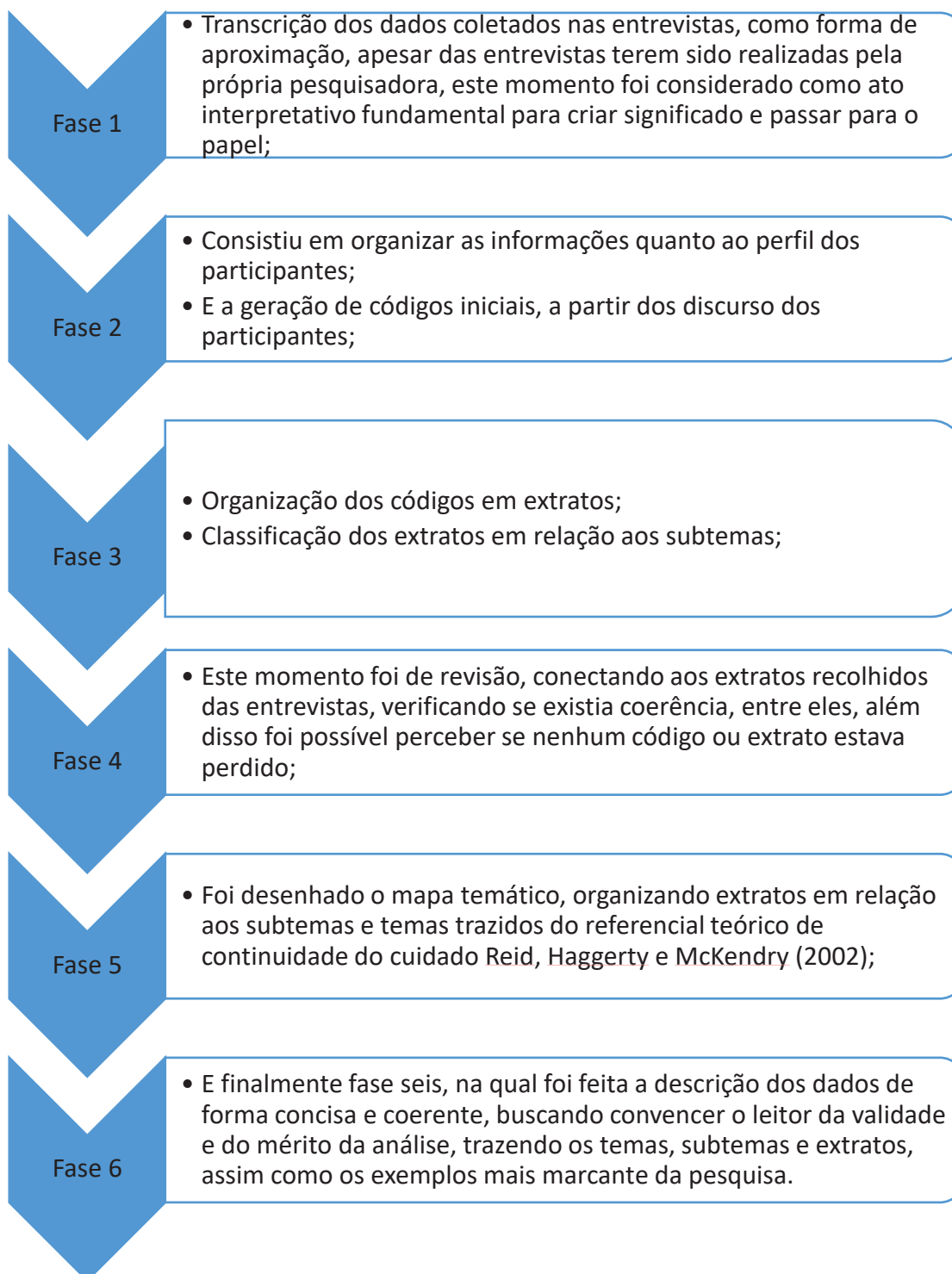
<b>Estágio</b>	<b>Descrição do processo</b>
1. Familiarizando-se com seus dados:	Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais.
2. Gerando códigos iniciais:	Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código.
3. Buscando por temas:	Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.
4. Revisando temas:	Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise.
5. Definindo e nomeando temas:	Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema.
6. Produzindo o relatório:	A última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise.

FONTE: Braun e Clarke (2006).

Para iniciar a análise das entrevistas, utilizaram-se as seis etapas apontadas pelos autores, BRAUN E CLARKE, 2006, de forma 'teórica' ou dedutiva dirigida pelo

interesse teórico do pesquisador na área, pois a busca no conjunto de dados foi sob temas e subtemas que estavam relacionados à continuidade de cuidados. Segue fluxograma explicativo (QUADRO 2).

QUADRO 2 - FASES DA ANÁLISE DE ENTREVISTAS



FONTE: O Autor, (2021) - Adaptado de Braun e Clarke (2006).

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto seguiu as exigências da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012b). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR e pelo Comitê de Ética da Prefeitura de Curitiba e teve como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), nº 14087619.4.3001.0101.

A coleta de dados aconteceu após a aprovação dos CEPs e do aceite das participantes. Para garantir o anonimato, dos enfermeiros foram identificados pela letra E do alfabeto, seguida de um número cardinal em ordem crescente. As mulheres foram identificadas pela letra M do alfabeto, seguida de um número cardinal em ordem crescente.

## 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os resultados da pesquisa por meios de quadros relacionados à caracterização dos participantes, pelos mapas temáticos formulados, e após cada mapa a descrição dos dados conectados aos extratos e exemplos das entrevistas.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DE PARTICIPANTES

#### 5.1.1 Profissionais de saúde

Os oito profissionais entrevistados tinham variação de idade entre 27 a 54 anos, sendo que quatro deles tinham de 40 a 50 anos, dois deles mais de 50 anos, e um participante tinha menos de 30 anos. Os participantes eram predominantemente do sexo feminino, somente um profissional do sexo masculino. Em relação à formação acadêmica, todos os profissionais são formados em enfermagem e a realização dos cursos de graduação aconteceu entre os anos de 1998 a 2015. Quando perguntados sobre outros cursos de nível superior, somente um dos enfermeiros respondeu não ter realizado especialização, os outros profissionais têm na média duas especializações cada. Sobre a questão tempo de serviço na mesma unidade, a média é de sete anos, variando de 1 a 16 anos. (QUADRO 3).

QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Enfermeiro	Idade	Sexo	Tempo de atuação na UMS/anos
E1	40	F	7
E2	42	F	7
E3	43	F	6
E4	42	F	7
E5	54	F	16
E6	27	F	1
E7	52	M	8
E8	47	F	2

FONTE: O Autor (2021).

### 5.1.2 Mulheres puérperas

Realizaram-se seis entrevistas com puérperas. Essas mulheres tinham entre de 18 a 45 anos de idade, sendo que quatro delas tinham de 20 a 30 anos. Em relação ao grau de instrução, duas delas estudaram até o ensino fundamental, três completaram o ensino médio e uma delas cursou ensino superior incompleto. Quando questionadas sobre sua ocupação, duas delas relataram trabalhar fora do domicílio, já as outras quatro se denominaram “do lar”. A seguir, o Quadro 4 traz a caracterização da amostra. (QUADRO 4).

QUADRO 4 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES PUÉRPERAS

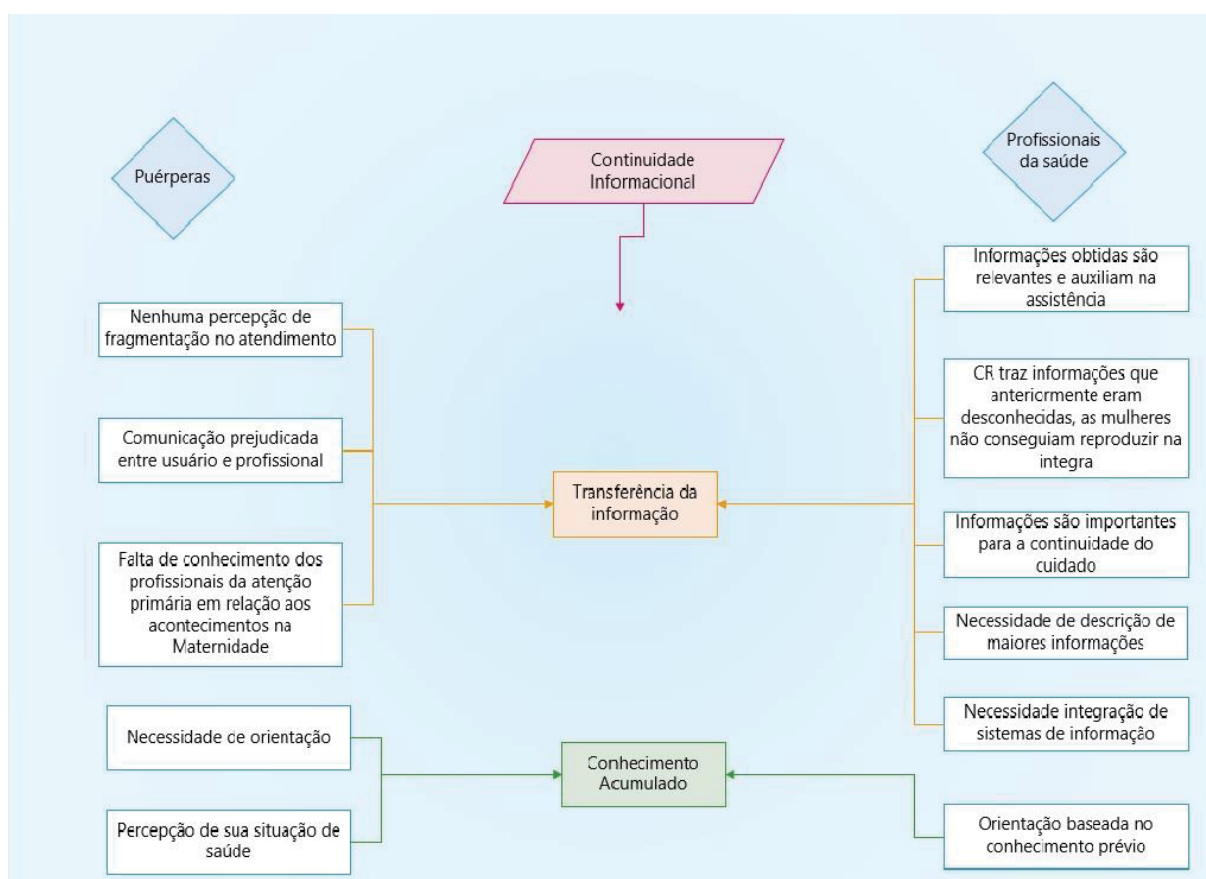
<b>Mulheres</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>
M1	45	Ensino Fundamental	Do lar
M2	29	Ensino Médio	Do lar
M3	30	Ensino Médio	Cozinheira
M4	25	Ensino Superior	Do lar
M5	23	Ensino Médio	Auxiliar de cobrança
M6	18	Ensino Fundamental	Do lar

FONTE: O Autor (2021).

## 5.2 TEMA I: CONTINUIDADE INFORMACIONAL

O tema continuidade informacional foi conectado a 11 extratos retirados dos discursos dos participantes, separados conforme o grupo de puérperas e profissionais de saúde, esta classificação de continuidade foi a mais identificada pelos participantes, como relevante com uso da CR.

FIGURA 3 - MAPA TEMÁTICO – CONTINUIDADE INFORMACIONAL



FONTE: O Autor (2021).

QUADRO 5 - CONTINUIDADE INFORMACIONAL: DIMENSÃO - A

Subtema: (dimensões)	Extrato:	Exemplos:
Transferência da informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informações obtidas relevantes e auxiliam na assistência</li> <li>• CR traz informações que anteriormente eram desconhecidas, as mulheres não conseguiam reproduzir na íntegra</li> <li>• Informações são importantes para a continuidade do cuidado</li> <li>• Descrição da CR pode ser aperfeiçoada</li> <li>• Falta conhecimento da atenção primária sobre acontecimentos na Maternidade</li> </ul>	<p>"[...]então a gente sabe o que foi feito, para nós é importante... então isso é muito importante para gente determinar a sequência né do tratamento[...]". (E4)</p> <p>"[...] com relação a condutas né, tanto do que foi feito, o que a gente pode estar implementando [...]" : (E6)</p> <p>"Quando vem a contrarreferência as vezes algumas informações ficam mais claras [...]" : (E9)</p> <p>"[...] as vezes alguma informação em relação que a puérpera não sabe informar a respeito à condição de saúde ou dos aos acontecimentos lá mesmo [...]" : (E9)</p> <p>"[...] a mãe nem sempre sabe falar essas coisas [...]" : (E4)</p> <p>"[...] o paciente nem sempre relata tudo [...]" : (E5)</p> <p>"...então isso é muito importante para gente determinar a sequência né do tratamento..." (E4)</p> <p>"O ponto forte é a continuidade de acompanhamento, [...] Promove uma continuidade, obviamente" : (E10)</p> <p>"[...] questão da anticoncepção poderia melhorar, na descrição na CR" : (E5)</p> <p>"[...] porque a contrarreferência é bem resumida, [...]" : (E10)</p> <p>"[...] eu que fui atrás de remédio, fui lá informar que ele tinha nascido" : (M2)</p>

Legenda: E- Enfermeiro; M- Mulher

FONTE: O Autor (2021)

Continua



## Conclusão

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração dos sistemas de informação</li> </ul>	<p>“[...] eu não tenho conhecimento deles terem esse acesso via prontuário eletrônico né, da gestante, se eles têm todo o relatório, isso é importante [...]” (E10)</p> <p>“[...] tudo que eu passada na unidade de saúde ali, cada consulta que eu ia era marcada na carteirinha né, [...]” (M1)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação prejudicada entre usuário e profissional</li> </ul>	<p>“[...] porque o médico que atende a gente ele não dá uma total importância ao que, as tuas dúvidas [...]” (M3)</p> <p>“[...] o médico não (pausa), falou, percebeu, não sei, não anotou [...]” (M2)</p>

Legenda: E- Enfermeiro; M- Mulher

FONTE: O Autor (2021)

QUADRO 6 - CONTINUIDADE INFORMACIONAL: DIMENSÃO - B

Subtema: (dimensões)	Extrato:	Exemplos:
Conhecimento acumulado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação baseada no conhecimento prévio</li> </ul>	<p>“[...]tem muita gestante que também vão para o hospital por qualquer coisa, [...]a gente estar intensificando as orientações para a gestante[...] (E11)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de orientação</li> </ul>	<p>“[...] depois que veio da maternidade, então teria que ter está consulta de sete dias né, que eles fazem [...], e daí ela já estava com baixo peso, estava mamando pouco, na verdade ela tava né, o meu leite, acredito que não estava sendo suficiente, [...]. (M4)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção de sua situação de saúde</li> </ul>	<p>“[...]enfim chegou no final da minha gestação eu tava com 41ª semanas, eu como eu vi que minha bebê, que eu não tava sentindo nenhuma dor, nem nada, eu decidi fazer a ecografia particular, daí eu paguei para fazer, e quando eu fiz, a ecografia, o médico disse que eu estava perdendo líquido [...]. (M5)</p>

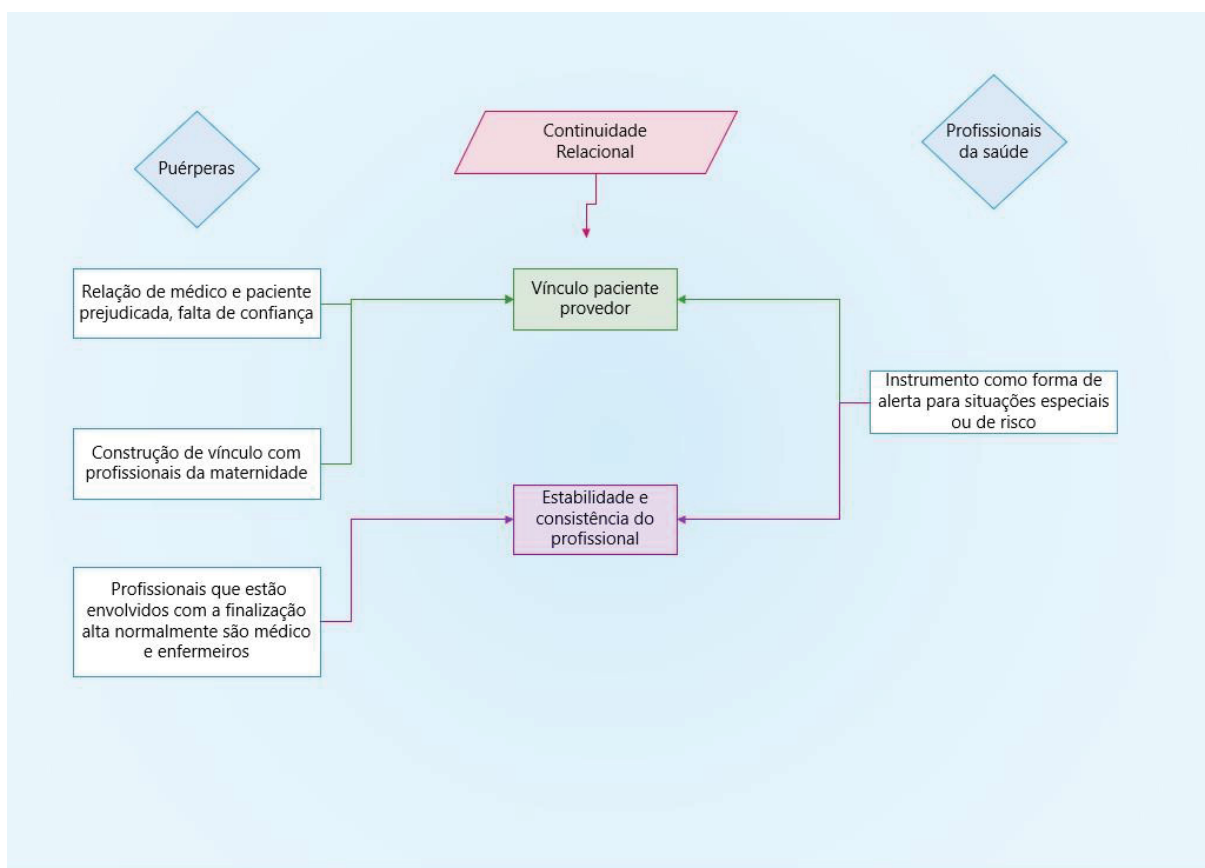
Legenda: E- Enfermeiro; M- Mulher

FONTE: O Autor (2021)

### 5.3 TEMA II: CONTINUIDADE RELACIONAL

Os extratos conectados as dimensões da continuidade relacionais foram quatro, da mesma maneira separados por grupo que trouxe o discurso, sendo este o menos pontuado tanto pelas mulheres quanto pelos profissionais, mas vale destaque que apenas um extrato emergiu das entrevistas dos profissionais.

FIGURA 4 - MAPA TEMÁTICO – CONTINUIDADE RELACIONAL



FONTE: O Autor (2021).

QUADRO 7 - CONTINUIDADE RELACIONAL: DIMENSÃO - A

Subtema: (dimensões)	Extrato:	Exemplos:
Vínculo paciente provedor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instrumento como forma de alerta para situações especiais ou de risco</li> <li>Relação médico paciente prejudicada falta de confiança</li> </ul>	<p>“[...] muito importante para que a gente tenha faça um real acompanhamento com o paciente... isso põe um valor muito importante [...]”. (E11)</p> <p>“Eu acho que é essa interação mesmo né, porque a gente consegue dar um atendimento, como que eu vou te falar, mais resolutivo para alguns casos né, [...]”. (E6)</p> <p>“[...] porque o médico que atende a gente ele não dá uma total importância ao que, as tuas dúvidas, ele não te atende com uma excelência ... procurei a unidade eu não tive um atendimento excelente... eu queira trocar o meu médico, não queira mais ele, [...]”. (M3)</p> <p>“[...] eu estava indo toda semana, na UBS e, e o médico nem sequer tocou disso, também eu também nem me toquei que eu tava perdendo líquido, mas tipo o médico nem, entendeu, então isso me deixou preocupada [...]”. (M5)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Construção de vínculo com profissionais da maternidade</li> </ul>		<p>[...] assim diferencial da maternidade onde eles têm, tem o total acolhimento, eles te ouvem, todos os exames, é feito, você só liberada depois que realmente você tá bem, [...]”. (M3)</p> <p>“[...] um em especial que me marcou foi um enfermeiro [...]”. (M2)</p> <p>“[...] tinha uma enfermeira lá que nossa, eram dois... E tinha o GO [...] era excelente o atendimento.”. (M3)</p> <p>“Olha eu não lembro o nome do médico, ele era um residente, ... e a enfermeira uma delas assim que foi sensacional”. (M4)</p>

Legenda: E- Enfermeiro; M- Mulher

FONTE: O Autor (2021)

QUADRO 8 - CONTINUIDADE RELACIONAL: DIMENSÃO - B

Subtema: (dimensões)	Extrato:	Exemplos:
Estabilidade e consciência do profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instrumento como forma de alerta para situações especiais ou de risco</li> <li>Profissionais referência de alta</li> </ul>	<p>"[...] muito importante para que a gente tenha faça um real acompanhamento com o paciente... isso põe um valor muito importante [...]" (E11)</p> <p>"Eu acho que é essa interação mesmo né, porque a gente consegue dar um atendimento, como que eu vou te falar, mais resolutivo para alguns casos né, [...]" (E6)</p> <p>"[...] a médica passou para me dar alta". (M1)</p> <p>"[...] foi médica e eu também eu tive muita assistência da enfermeira." . (M3)</p>

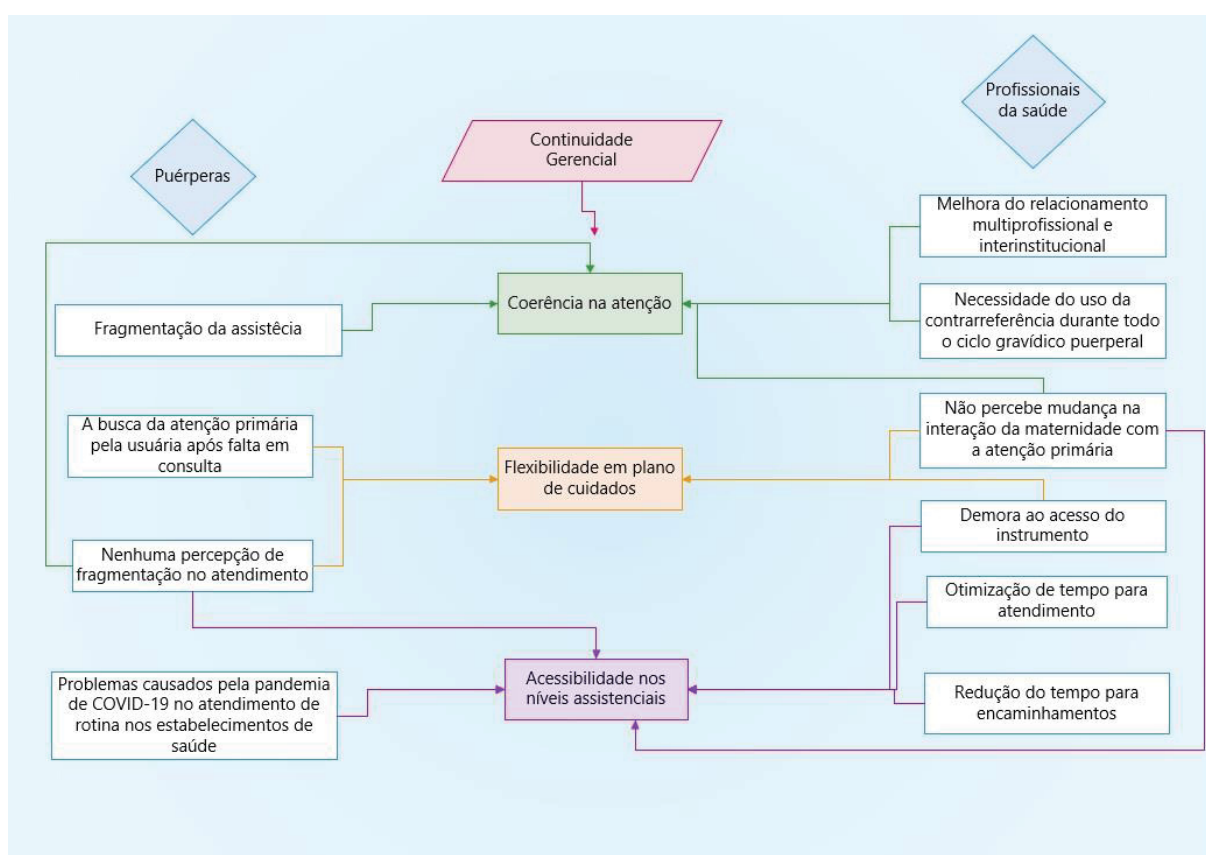
Legenda: E- Enfermeiro; M- Mulher

FONTE: O Autor (2021)

## 5.4 TEMA III: CONTINUIDADE GERENCIAL

Relacionado ao tema continuidade gerencial 10 extratos emergiram das entrevistas que foram conectadas as dimensões trazidas pelo referencial teórico conforme foi identificado correspondência. Os extratos foram separados de acordo com as entrevistas que foram retirados, puérperas ou profissionais de saúde.

FIGURA 5 - MAPA TEMÁTICO - CONTINUIDADE GERENCIAL



FONTE: O Autor (2021).

QUADRO 9 - CONTINUIDADE GERENCIAL: DIMENSÃO - A

Subtema: (dimensões)	Extrato:	Exemplos:
Coerência da atenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhora no relacionamento multiprofissional e interinstitucional</li> <li>• Não percebe mudança na interação da maternidade com a atenção primária</li> <li>• Necessidade do uso sistemático da CR durante todo o ciclo gravídico-puerperal</li> <li>• Fragmentação da assistência</li> </ul>	<p>“[...] a assistente social sempre liga, mas depois da CR, achei que estas ligações ficaram mais constantes”. (E5)</p> <p>“...a diferença é que o caminho ficou mais aberto, né, o diálogo, [...]” (E8)</p> <p>“Não, na verdade não sinto essa diferença direta [...]”. (E10)</p> <p>“Olha a gente tem (pausa) na verdade, com o hospital, a gente tem acesso né, livre acesso tanto eles com a gente, tanto a gente com eles. [...] não especificamente essa contrarreferência”. (E11)</p> <p>“esse retorno de que foi feito lá numa emergência, é importante também para nós e nem todas sabem explicar [...] essa CR, não só no pós-parto, mas no pré-natal também, [...]”. (E4)</p> <p>“seria interessante que estes atendimentos de intercorrências também gerassem a contrarreferência”. (E6)</p> <p>“Outra coisa aqui nós temos 98 gestantes, então tem algumas que a gente não fica sabendo [...] Eu acho que todos né, todos tivessem né, uma contrarreferência, [...] então essa seria uma boa forma da gente estar sabendo [...]”. (E11)</p> <p>“Dai eu fiz tratamento aqui (UMS), e ele não, o médico não (pausa), falou, percebeu, não sei, não anotou, que eu tava com o diabete, então por isso que provocou o parto prematuro dele também né.” (M2)</p> <p>“[...]teve vários exames que eu poderia ter feito no primeiro trimestre e eu não fiz porque eles não se atentaram que eu já tinha feito ou não, quando a maternidade pediu os exames e notou que eu não tinha feito, [...]”. (M3)</p>

Legenda: E- Enfermeiro; M- Mulher

FONTE: O Autor (2021)

QUADRO 10 - CONTINUIDADE GERENCIAL: DIMENSÃO - B

Subtema: (dimensões)	Extrato:	Exemplos:
Acessibilidade nos níveis assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não percebe mudança na interação da maternidade com a atenção primária</li> <li>• Redução de tempo nos encaminhamentos</li> <li>• Otimização da assistência</li> </ul>	<p>"Não, na verdade não sinto essa diferença direta [...]". (E10)</p> <p>"Olha a gente tem (pausa) na verdade, com o hospital, a gente tem acesso né, livre acesso tanto eles com a gente, tanto a gente com eles. [...] não especificamente essa contrarreferência". (E11)</p> <p>"[...] a gente consegue tomar conduta acho que mais, mais rápido, né, e mais, mais corretamente [...]". (E6)</p> <p>"[...] nos encaminharam está contrarreferência e a gente conseguiu já, até agendar uma consulta, rápida mesmo, para o médico, [...]". (E7)</p> <p>"Eu acho que a assistência é diferenciada né, o cuidado com o paciente, [...]". (E11)</p> <p>"[...] fazer uma busca ativa bem mais ágil do que a gente ficar aqui na unidade, aguardando que ela venha procurar." (E7)</p> <p>"[...] posso saber desta paciente antes dela chegar [...]". (E5)</p> <p>"Na verdade, eu tinha consulta né, quando ele nasceu, daí eu não fui, daí eles entraram em contato né." (M1)</p> <p>"[...] tava meio bagunçado por causa da pandemia, ela foi ter a primeira consulta com 35 dias, sabe!." (M6)</p> <p>"Tudo eu que fui, eu fui, ele na neonatal e eu tive que vir aqui, eu fui procurar, eles nem sabia que ele tinha nascido ainda, prematuro... tudo eu que fui ali, né, depois que ele nasceu, eu que fiquei indo ali, eu que fui atrás de remédio, fui lá informar que ele tinha nascido, né, pedi uma consulta com o médico, eu que tive que ir marcar consulta para ele." (M2)</p> <p>"[...] muitas vezes eu já sei do parto antes de chegar à contrarreferência [...]. Então quando chega a contrarreferência às vezes ela já passaram, já passaram pela consulta, não chega a tempo, sabe?". (E9)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas causados pela pandemia de COVID-19</li> <li>• Demora acesso ao CR</li> </ul>	

Legenda: E- Enfermeiro; M- Mulher

FONTE: O Autor (2021)



QUADRO 11 - CONTINUIDADE GERENCIAL: DIMENSÃO - C

Subtema: (dimensões)	Extrato:	Exemplos:
Flexibilidade em plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não percebe mudança na interação da maternidade com a atenção primária</li> <li>• Demora acesso ao CR</li> </ul>	<p>"Não, na verdade não sinto essa diferença direta [...]": (E10)</p> <p>"Olha a gente tem (pausa) na verdade, com o hospital, a gente tem acesso né, livre acesso tanto eles com a gente, tanto a gente com eles. [...] não especificamente essa contrarreferência". (E11)</p> <p>"Tudo eu que fui, eu fui, ele na neonatal e eu tive que vir aqui, eu fui procurar, eles nem sabia que ele tinha nascido ainda, prematuro... tudo eu que fui ali, né, depois que ele nasceu, eu que fiquei indo ali, eu que fui atrás de remédio, fui lá informar que ele tinha nascido, né, pedi uma consulta com o médico, eu que tive que ir marcar consulta para ele." (M2)</p> <p>"[...] muitas vezes eu já sei do parto antes de chegar à contrarreferência [...]. Então quando chega a contrarreferência às vezes ela já passaram, já passaram pela consulta, não chega a tempo, sabe?" (E9)</p> <p>"Na verdade, eu tinha consulta né, quando ele nasceu, daí eu não fui, daí eles entraram em contato né." (M1)</p>

Legenda: E- Enfermeiro; M- Mulher

FONTE: O Autor (2021)

## 6 DISCUSSÃO

Neste capítulo apresenta-se a discussão sobre os resultados da pesquisa organizada em: caracterização dos enfermeiros, caracterização das mulheres, contrarreferência: pela ótica de profissionais de saúde e usuárias do sistema de saúde.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

O estudo traz como prevalência o sexo feminino nos trabalhadores de enfermagem, isto é, 87,5% das participantes eram mulheres, esse dado corrobora com os achados do estudo “Perfil da Enfermagem no Brasil 2020”, realizado pelo COFEN em parceria com a Fiocruz, o qual identificou que 85% do contingente de enfermeiros são mulheres (COFEN, 2020).

Outro dado desse estudo que também é compatível com o do COFEN/Fiocruz são os profissionais com pós-graduação, enquanto o primeiro encontrou 87,5% dos enfermeiros pós-graduados, o segundo diz que no Brasil, 80% dos enfermeiros tem esse grau de formação. Quando esse dado é estratificado em modalidade de pós-graduação, novamente os estudos se confirmam, o maior contingente de enfermeiros tem especialização, COFEN/Fiocruz, 72,8 %, enquanto este mostra 85,7% (COFEN, 2020).

Já o tempo de conclusão da graduação entre os participantes desta pesquisa foi em média de 14 anos, é um pouco maior do que o encontrado no estudo COFEN/Fiocruz, que mostra que 59% dos profissionais enfermeiros brasileiros com formação entre (02) dois e (10) dez anos (COFEN, 2020). Entretanto esta é uma característica do quadro de profissionais de saúde do município, e vale destacar que não teve concurso público nos últimos anos.

A média de anos trabalhados na mesma unidade de saúde entre os enfermeiros pesquisados é de quase sete anos, isso permite inferir que conhecem bem a progressão das condições do trabalho, os protocolos estabelecidos no serviço, a evolução na qualidade de assistência. Sendo assim, as respostas das entrevistas refletem a realidade apresentada.

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO DA MULHERES

A idade das usuárias entrevistadas variou de 18 a 45 anos. A idade indicada para gravidez é um fator relativo, mas gestações nos extremos da idade reprodutiva, em geral, apresentam preocupações e piores desfechos para a mãe e para o bebê.

A idade igual ou superior a 35 anos é considerada tardia, sendo mais suscetível a desenvolver complicações durante a gravidez, trazendo aumento de risco a gestação (ALDRIGHI et al, 2016); já mulheres consideradas adolescentes, faixa de 10 aos 19 anos, por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, podem apresentar pouca maturidade emocional para seguir as recomendações da equipe ao longo da gestação e para as mudanças advindas com a maternidade (BVS, 2016).

Mais da metade dessas mulheres da pesquisa tem escolaridade maior que ensino fundamental, essa é uma variável para compreensão das diferenças no comportamento de saúde reprodutiva da população. Um estudo brasileiro demonstrou que níveis elevados de escolaridade materna possuem forte associação com uma série de condições favoráveis a resultados socioeconômicos positivos. Os filhos de mulheres com maior escolaridade na época do nascimento tendem, no seu futuro, a obter uma maior renda domiciliar per capita, a uma menor incidência de tabagismo e de consumo de bebidas alcoólicas. As consequências mais imediatas ao nascimento dessas diferenças parecem se mostrar pela associação positiva da escolaridade das mães a maiores pesos e condições de nascimentos dos bebês (ANAZAWA et al, 2016).

A maior parte dessas puérperas não trabalha fora do domicílio. O trabalho da mulher no lar é histórico, responsabilidade algumas vezes assumida sozinha de cuidar do lar, dos filhos e do marido, enquanto o homem traz o sustento para casa. Essa cultura persiste a nível mundial há muito tempo. Mas as mulheres se ausentam ou se afastam do mercado de trabalho por vários motivos, escolhidos ou muitas vezes impostos. Dois tipos de fatores têm influência sobre esta decisão, os fatores estruturais, as desigualdades salariais e as condições de trabalho, e os fatores como o estado conjugal, os filhos (em número e idade), a escolaridade e a própria idade (ALMEIDA, 2007; IPEA, 2016).

### 6.3 CONTRARREFERÊNCIA: PELA ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE

#### 6.4.1 Continuidade informacional - Transferência da informação

Considerando os dados levantados pelas entrevistas, as informações obtidas decorrentes das CR são relevantes e auxiliam na assistência e promovem a continuidade do cuidado, além disso, muitos dos profissionais ressaltaram que anteriormente ao uso do instrumento algumas informações eram desconhecidas, pois as mulheres não conseguiam reproduzir os acontecimentos do internamento na íntegra.

A informação é o fio condutor para transferência de cuidados dentro dos hospitais e entre os serviços de saúde. Algumas estratégias estão relacionadas à melhora na troca de informação durante as transferências, a padronização de estrutura no conteúdo verbal e escrito, como a CR, as listas de verificação ou protocolos padronizados, podendo ser eletrônicas ou não, mas a utilização de sistemas informatizados, que centralizam as informações e possibilitam o compartilhamento, também é relevante a padronização do local das transferências, tentando minimizar interrupções, para o receptor manter o foco, enfatizar os itens mais importantes (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; ARORA; FARNAN, 2020).

Quando possível é indicado a comunicação verbal entre os envolvidos é recomendada, "face a face", pois neste momento pode-se realizar questionamentos e críticas em relação às definições, além disso a verificação do entendimento do receptor utilizando comunicação interativa, "Read-back", para garantir que a informação foi transmitida de forma eficaz. Por sua vez o receptor deve buscar a escuta ativa, isso pode melhorar o recebimento da transferência. O comportamento de escuta ativa, como tomar notas e questionar, sinaliza compreensão e processamento de informações (ARORA; FARNAN, 2020).

A implantação da CR foi planejada no intuito de diminuir a perda de informações. Os achados neste estudo mostram que a mulher e o profissional de saúde têm visões bem diferentes sobre a qualidade na chegada destas informações, pois enquanto as mulheres percebem que muitas informações ainda são perdidas, relacionadas aos acontecimentos na maternidade, os profissionais acreditam que a CR é relevante, e apresenta fatos novos. Pelo que aponta os dois grupos parece faltar

articulação entre os grupos do hospital e da APS para que nada se perca. Talvez um aspecto vislumbrado pelos profissionais possa ter provocado essa diferença, pois foi apontada a necessidade de melhora na descrição na CR, principalmente relacionada à inserção de métodos contraceptivos, quando inseridos já na maternidade.

Os sistemas de informação integrados no serviço de saúde pública podem ser importantes para diminuir ainda mais essa perda de informações. O uso do programa E-Saúde para comunicação com a UMS parece ter sido um passo essencial para o início dessa comunicação. O planejamento da disponibilidade de consulta pelos profissionais da maternidade a esse sistema poderia facilitar ainda mais o acesso de informações essenciais para promoção da continuidade do cuidado.

Além de todas as ações para que as informações cheguem completas ao destino, que normalmente é a atenção primária, as mulheres também devem ser instruídas sobre esses acontecimentos e também sobre mudanças normais esperadas no pós-parto e sobre os cuidados com ela e com o recém-nascido, retorno das relações sexuais, e deve-se iniciar a discussão dos planos anticoncepcionais antes de a mulher deixar o hospital, devendo ser retomada na APS, e os sinais de possíveis complicações que devem levá-los a buscar orientação médica adicional (BERENE, 2020).

Em relação às informações disponibilizadas para as mulheres, dentro da maternidade foram identificadas como relevante para o autocuidado pelas mulheres, porém foi percebido que não existe padronização na entrega dessas informações, enquanto umas recebiam de forma verbal outras as recebiam verbalmente e por escrito, o que pode ocasionar perda de dados.

As mulheres mencionaram ter um bom relacionamento com os profissionais da maternidade. Destaca-se que atenção prestada na maternidade reflete os esforços conquistados com as políticas públicas, que trouxeram para o modelo obstétrico mudanças drásticas no sentido de colocar a mulher como protagonista no processo de parturição, buscando alternativas holísticas e baseadas em evidências científicas, e valorizando o atendimento multiprofissional, confirmando que a informação prestada ao paciente está diretamente ligada ao tipo de relação que o profissional consegue estabelecer durante o atendimento (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Quanto ao atendimento na APS, algumas mulheres relataram dificuldade em manter a comunicação com o profissional que lhe atendia, situação que estabeleceu um relacionamento frágil. As afirmações encontradas na literatura refletem o discurso

apontado por elas, a comunicação eficaz está ligada diretamente à satisfação no atendimento, principalmente quando se trata de relação entre profissional da saúde e paciente. No entanto, a dificuldade de entendimento entre eles é frequente, principalmente com pessoas em desvantagem social, não se percebem ouvidos e sentem dificuldades de fazer indagações pertinentes à sua situação de saúde (BETANCOURT; GREEN; CARRILLO, 2020).

Uma boa alternativa para evitar esses desentendimentos entre profissional e paciente é o “teach back”, uma técnica pela qual o provedor pede ao paciente ou cuidador para explicar o conceito recentemente ensinado nas próprias palavras do paciente. Essa técnica permite que o provedor identifique e corrija quaisquer mal-entendidos em tempo real, com a intenção de prevenir eventos adversos relacionados à compreensão inadequada das informações (ALPER; O'MALLEY; GREENWALD, 2020).

As informações corretas e fidedignas são indispensáveis para a continuidade do tratamento de saúde e o conhecimento de eventos anteriores vão subsidiar os profissionais a tomarem as próximas decisões, considerando a situação atual do paciente (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

#### 6.4.2 Continuidade informacional – Conhecimento acumulado

As experiências e conhecimentos adquiridos pelos usuários e profissionais são considerados geradores de informação, que podem ser aliados ou não, de cuidados e intervenções relacionadas à saúde. Mas, para que essas informações sejam conhecidas, a relação entre provedor e usuário precisa estar bem estabelecida, muitas vezes por representar um caráter pouco científico, são desvalorizadas, mas questões como valores, cultura e condição social tem impacto direto na concordância, planejamento e execução do tratamento proposto (UTZUMI et al, 2018).

O que pode ser identificado na fala dos profissionais deste estudo é que, muitas vezes, eles percebem que faltam orientações para as mulheres que são atendidas dentro do próprio pré-natal, motivo que consideram para as usuárias frequentarem os serviços de emergência com situações que poderiam ser resolvidas na atenção primária. Por isso, esses trabalhadores julgam necessária a CR de rotina no retorno das mulheres para unidade. Ainda na opinião deles, as CR poderiam indicar quais as

orientações são necessárias no pré-natal, podendo individualizar o cuidado e sanar as dúvidas das usuárias.

Considerando o discurso das mulheres atendidas, verificam-se duas situações que merecem destaque: a primeira, na qual faltaram orientações para condução da promoção à saúde, para continuidade do aleitamento materno, mostrando a carência de orientação em relação à técnica e benefícios da amamentação que não chegaram a ela em tempo oportuno, pois na sua chegada à UMS o RN estava com baixo peso. Essa falta de conhecimento prévio poderia ter sido descoberta, ou sanada, no pré-natal ou mesmo na maternidade, locais onde devem ser realizadas as investigações quanto ao conhecimento acumulado sobre questões do puerpério, como lactação.

A primeira situação apontada também chama a refletir sobre a compreensão dos prestadores de saúde quanto às necessidades dos usuários que os procuram, ou ainda, a capacidade desses profissionais de formarem um vínculo que consiga pormenorizar os pequenos detalhes individuais para cada atendimento realizado. Hadad e Jorge (2018) chamam a atenção que, para conseguir essa profundidade nas relações entre pessoas, é preciso ter capacidade de escuta, respeito à diversidade humana, cultural e social.

Essa carga de conhecimento que o indivíduo traz consigo (UTZUMI et al, 2018) se mostrou importante também em uma segunda situação em entrevista com puérpera, na qual ela narra que a sua percepção da falta de sinais de trabalho de parto em gestação a termo a fez procurar o serviço de saúde, o que foi essencial no desfecho positivo para ela e seu bebê.

Esse reconhecimento das experiências e conhecimentos dos profissionais e pacientes como transformador de sua realidade traz um olhar holístico para a saúde, trazendo a pessoa cuidada para o centro da atenção, e reforçando a necessidade da rede de atenção, pois indivíduos diferentes, tem necessidades diversas e procuraram serviços de saúde conforme a demanda e oportunidade apresentada naquele dado momento (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; HADAD; JORGE, 2018).

#### 6.4.3 Continuidade relacional – Vínculo paciente provedor

A relação entre profissional e paciente vai interferir diretamente na adesão às recomendações clínicas e na satisfação do paciente, logo, um elemento indispensável para o sucesso dessa relação é a confiança. Essa aliança terapêutica continua com

um ou mais provedores, faz com que além daqueles cuidados momentâneos, sejam desenvolvidos links para futuras situações críticas nas quais procuraram os mesmos profissionais. Ademais, isso resulta em uma diminuição de desconfiança no sistema de saúde e aumenta a consistência nos atendimentos (DELBANCO, GERTEIS, 2021; REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Nota-se que essa relação entre médicos e pacientes está se tornando mais complicada. Nesta pesquisa, algumas mulheres referiram que havia falta de confiança em seus médicos assistentes durante seu pré-natal. Sendo identificada como uma situação-problema apontada por elas, principalmente a falta de esclarecimento de seus questionamentos e informações repassadas de forma imprecisa, fatores mencionados como causadores da quebra na confiança.

Os achados na literatura confirmam que este tipo de preocupação não é exclusividade dessas mulheres, que pacientes de outras especialidades mostram que se sentem desconfortáveis com atendimento prestado nas seguintes dimensões: respeito pelos valores, coordenação do cuidado, comunicação com os provedores, aumento do conforto físico, suporte emocional, envolvimento da família e amigos e gerenciamento das transições de cuidado (DELBANCO; GERTEIS, 2021).

O paciente demonstra pistas que podem indicar algum grau de desconfiança, como contar uma experiência ruim em atendimento anterior, e o profissional precisa estar atento, e deve se esforçar para a construção de confiança. Quando o paciente percebe esses esforços e sente-se participativo em relação às decisões de saúde, vão mudando de atitude e respondem bem ao tratamento (BETANCOURT; GREEN; CARRILLO, 2020).

Para que se tenha um retorno das expectativas dos pacientes buscando qualificar a relação estabelecida, solicitar o feedback dos usuários é uma boa alternativa para aquisição de informações. Além disso, realizar incorporação das percepções e sugestões apontadas por eles fortalece o envolvimento do paciente com o provedor, pois mostra que este está sendo reconhecido e valorizado (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; DELBANCO; GERTEIS, 2021).

A atenção primária é o lugar onde parecem acontecer relações mais contínuas e devem ser bastante valorizadas, pois quando conquistada a confiança, pode-se dizer que se forma um contrato implícito de lealdade e responsabilidade entre ambas as partes (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). Conforme informado pelos participantes desta pesquisa, a CR contribui para essa ligação, paciente e provedor,



pois utiliza-se o instrumento como forma de alerta para situações especiais. Os pacientes esperam poder confiar na competência e eficiência de seus cuidadores, podendo participar das decisões sobre seu tratamento com dignidade e respeito (DELBANCO; GERTEIS, 2021).

Neste sentido, iniciativas de humanização são trabalhadas na área da saúde há pelo menos duas décadas, iniciada na área da saúde mental e do movimento feminista pela humanização do parto e nascimento. Essas iniciativas foram trazidas para dentro do SUS desde sua concepção já em seus princípios: universalidade, integralidade, equidade e participação social, mas em 2004, com a Política Nacional de Humanização, os processos de gestão de trabalho de toda rede SUS estão ancoradas a esta política (RIOS, 2009).

Para a saúde da mulher também foram desenvolvidas várias políticas com o intuito de humanizar o pré-natal, parto e puerpério, mudanças essas que ainda estão sendo incorporadas nos atendimentos das mulheres, mas que já refletem na experiência contada pelas mulheres deste estudo, pois grande parte delas relatou a construção de vínculo com profissionais da maternidade, mesmo com tempo de internação de normalmente 48 horas.

#### 6.4.4 Continuidade relacional - Estabilidade da assistência

Os achados deste estudo apontam que o médico e a enfermeira foram identificados como profissionais essenciais no momento de informações para alta. Mas usualmente tem sido as enfermeiras que assumem a responsabilidade pelo fluxo da alta, sendo o profissional centralizador deste planejamento, conseguindo ter uma avaliação melhor do paciente, e uma das ferramentas-chave para que este plano de alta funcione é a individualização e a flexibilidade no hospital e na atenção primária (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Relatos do estudo mostraram que os enfermeiros investiram mais nas relações e sinalizaram para a equipe multiprofissional, quando sinalizado na CR que poderia existir algum tipo risco, para mulher ou recém-nascido, atuando como gestor do cuidado, pois quanto mais próximas as relações com os pacientes, melhor aceite nas intervenções necessárias (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

#### 6.4.5 Continuidade gerencial - Coerência na atenção

A partir de evidências trazidas por este estudo percebe-se que a CR fez com que as equipes dos diferentes níveis assistenciais se aproximassem, trazendo uma melhora significativa no relacionamento multiprofissional e interinstitucional. Porém, para alguns profissionais, essa conquista foi atingida, em grande parte, pelo próprio Programa Mãe Curitibana, não sendo atribuída especificamente ao instrumento de CR, mas os mesmos profissionais destacaram o uso do instrumento como positivo e percebeu-se que todos entendiam que a possibilidade de comunicação sistemática entre os serviços é necessária e considerada importante.

Reid; Haggerty; Mckendry (2002) trazem que, para que a atenção à saúde aconteça de maneira satisfatória, existem ações que devem ser mantidas ou inseridas ao logo do acompanhamento de quem está sendo cuidado. Esse fornecimento de cuidados deve ser complementado entre os serviços frequentados pelo usuário e é essencial que eles sejam individuais, bem cronometrados.

O relacionamento multiprofissional e interinstitucional é uma prática em destaque nos atendimentos de vários tipos de especialidade, que permite trocas significativas entre os provedores, mas para que esse trabalho obtenha sucesso faz-se necessário esforço, e sua necessidade deve estar internalizada por todos os profissionais que integram o grupo, essa união de saberes oportuniza mais conforto para o paciente, podendo assim o atender de forma integral (BACKES et al, 2014; GOULART, et al., 2019).

Ainda é um desafio constituir equipes multiprofissionais que funcionem atuando baseada em princípios como integralidade e multidisciplinaridade, já que os métodos acadêmicos da formação dos profissionais de saúde são extremamente tradicionais e nem sempre conseguem construir habilidades que promovam interação com os outros integrantes da equipe (PERUZZO, et al, 2018). Essa separação salta aos olhos, principalmente dentro de instituições hospitalares, parece que a atenção primária já tem melhor evolução quanto a este quesito.

Fatores relacionados ao quadro clínico do paciente exigem visões diferentes, desta maneira, pleiteia-se o trabalho em equipe, que é definido como um conjunto de profissionais trabalhando juntos para um objetivo comum, na saúde este objetivo é a recuperação do paciente (BACKES et al, 2014; PERUZZO, et al, 2018). Apesar da pesquisa ter constatado que o instrumento de CR é utilizado somente pelo enfermeiro,

ele como integrante da equipe multiprofissional, consegue compartilhar informações essenciais com a equipe de estratégia de saúde da família.

A Joint Commission, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e o Institute of Medicine reconhecem que 70% de eventos considerados sentinelas, são falhas no trabalho em equipe e na comunicação, considerando esses fatores como pontos críticos para segurança do paciente (ENNEN e SANTIN, 2021). A diretriz do HumanizaSUS também concorda que, quando os profissionais têm mais diálogo e a gestão da assistência é mais participativa, a qualidade do serviço prestado se eleva (PERUZZO et al, 2018).

Compreende-se que a CR é que contribui essencialmente para melhora desses quesitos, trabalho em equipe e comunicação, tanto que a estratégia, a referência e a contrarreferência já são abordadas desde 2008, quando o MS instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS (ORTEGA et al., 2016). Porém, no atendimento da mulher durante pré-natal, parto e puerpério, não se verifica o uso sistemático da CR, ponto levantado pelos profissionais de saúde entrevistados, que reforçaram a importância de seu uso rotineiro durante o ciclo-gravídico puerperal.

Também apoia o discurso destes profissionais uma pesquisa desenvolvida em diferentes locais do Brasil, ela mostra a inexistência de contrarreferência como um fator que permite gerar descontinuidade na assistência e que traz prejuízo à qualidade do pré-natal e puerpério, principalmente em mulheres e bebês com risco aumentado, pois ao retornar à APS podem estar expostos a agravos (TEIXEIRA et al, 2019).

#### 6.4.6 Continuidade gerencial - Acessibilidade dos níveis assistenciais

O acesso à saúde é caracterizado pelo grau de fatores que se relacionam e se completam, contribuindo para facilitar a conquista de cuidados à saúde, por exemplo, disponibilidade e oferta de serviços, horários de atendimentos, a modalidade de agendamento das consultas, os critérios adotados para selecionar a demanda, que permitirão aos provedores reduzir o tempo para encaminhamento para demandas prioritárias (PEREIRA; MACHADO, 2016; REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). É inegável que esforços sejam realizados para eliminar os problemas que dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). O uso da estratégia de referência e contrarreferência configura-se como um dispositivo normativo que irá garantir o acesso dos usuários a todas as esferas de

cuidado, de acordo com suas necessidades, e aos recursos para sua assistência à saúde (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Conforme comentado por vários profissionais entrevistados, a otimização da assistência é uma das vantagens do uso da CR, melhorando a garantia do acesso aos serviços adequados a cada situação. Quando atendimentos à saúde acontecem em tempo hábil, com intervenções precoces, agravos são evitados (PEREIRA; MACHADO, 2016). Por isso, situações como demora no acesso ao instrumento de CR, como foi explanado pelos profissionais, devem ser evitadas. Verificou-se que para algumas mulheres entrevistadas a falta de informações dos profissionais da APS é que fez com que a qualidade do atendimento diminuísse, conseqüentemente, trazendo prejuízo social e muitas vezes financeiro. Mas essa realidade não foi percebida na maior parte das mulheres que contaram em suas entrevistas não perceberem nenhuma fragmentação na sua assistência.

Em todas as entrevistas com enfermeiros, e em uma entrevista com puérpera, foi levantada a questão dos entraves causados pela pandemia de coronavírus. Em março do ano de 2020, na tentativa de frear a contaminação da população pelo novo vírus, foram realizadas medidas de contenção da mobilidade social como isolamento e quarentena. Esse passo essencial no combate à pandemia causou sérios prejuízos à população, como dificuldade de atendimento médico para outros tipos de situações de saúde. Até que se organizasse uma forma segura de atender ao público com suspeita de infecção em separado ao não suspeito, a APS teve dificuldades de prestar atendimentos básicos para a população.

Após os primeiros impactos que o advento da pandemia causou nos serviços de saúde, a APS se organizou na prevenção e controle clínico-epidemiológico da epidemia por Covid-19 e na atenção para os demais usuários. Porém, várias modificações precisaram ser realizadas na forma de organização das unidades, foi divulgada a importância de separar os fluxos de pessoas na UMS, criando-se espaços de acolhimento, espera e triagem na porta de entrada e fluxo de acesso específico para usuários com sintomas respiratórios recentes, em locais específicos, tendo como preocupação a defesa da vida e a segurança de pacientes e profissionais (FIOCRUZ, 2020). Assim sendo, os atendimentos à demanda dos usuários têm voltado aos poucos à normalidade, aguardando soluções definitivas quanto a esse problema de saúde pública, como vacina ou tratamento específico que cure a doença.

#### 6.4.7 Continuidade gerencial - Flexibilidade no plano de cuidados

Apesar da CR ser um instrumento que busca manter a continuidade do cuidado durante a mudança de local de atendimento, as informações clínicas ainda podem ser mal transmitidas ou mal interpretadas, ou demorarem a chegar ao destino desejado, por falhas ou problemas no processo de envio a APS, podendo causar consequências clínicas sérias. Por isso, outras estratégias precisam ser realizadas a fim de garantir o conhecimento da APS sobre o nascimento do bebê na unidade de saúde, pois a atuação desta equipe deve ser reconhecida como essencial para a boa evolução da continuidade do cuidado.

Outros meios utilizados para o conhecimento do nascimento são: envio da cópia de declaração de nascido vivo para UMS e marcação de consulta puerperal até o 10º dia após o nascimento, já na maternidade. Com essas duas ações, diminuem-se as chances da UMS desconhecer o parto desta mulher e, caso essa puérpera ainda não compareça na consulta marcada, acontece a busca ativa, isto é, o profissional vai até a residência da mulher solicitando o comparecimento até a UMS para acompanhamento puerperal (REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA, 2018).

O acompanhamento após a alta hospitalar é relacionado com menores possibilidades de readmissão hospitalar. O tempo ideal desse acompanhamento não é bem definido, mas deve ser avaliado considerando fatores como a complexidade clínica, a capacidade de autocuidado, disponibilidade de cuidadores, fatores sociais e psicológicos (ALPER; O'MALLEY; GREENWALD, 2020).

Considerando as recomendações para o puerpério, do ACOG, as mulheres devem passar por pelo menos um encontro com agente de saúde nas primeiras três semanas após o parto para tratar de possíveis intercorrências. Outros encontros sequenciais devem iniciar o mais tardar em 12 semanas após o parto. A OMS recomenda a avaliação pós-parto de rotina em 3 dias, e o seguimento em 1 a 2 semanas e 6 semanas (BERENES, 2020).

A atenção primária em Curitiba preconiza que após a alta hospitalar a mulher e o bebê tenham sua primeira consulta na UMS até o 10º dia após o nascimento da criança (REDE MÃE CURITIBA VALE A VIDA, 2018). As principais ações realizadas durante as consultas são incentivo ao aleitamento materno, orientações sobre os métodos de anticoncepção, alimentação e nutrição e uso de sulfato ferroso. Ações menos frequentes são a realização de coleta de exame citopatológico de colo de útero,

exame clínico de mamas, investigação sobre estado emocional da mulher, orientação quanto ao retorno às relações sexuais, avaliação de lóquios e exame da região genital (BARATIERI e NATAL, 2019).

Porém, um estudo que avaliou a assistência puerperal classificou como intermediária ou inadequada a consulta puerperal e visita domiciliar na primeira semana após o parto (BARATIERI E NATAL, 2019), esse dado mostra que a percepção de fragmentação dos cuidados de saúde ainda é percebida por algumas mulheres atendidas nas UMS, percepção que também acontece em outros serviços de saúde e tem a consequência indesejada nos cuidados.

As transferências são frequentemente variáveis e representam uma grande lacuna no atendimento seguro ao paciente (PEREIRA e MACHADO, 2016). São necessárias criações de planos, estratégias explícitas para garantia do tratamento contínuo. Normalmente a continuidade gerencial é focada em cuidados específicos de resolução de problemas (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Geralmente a CR permite parte da resolução desses problemas e permite a troca de informações por meio de registros sistemáticos entre os profissionais acerca das medidas terapêuticas utilizadas para recuperar o estado de saúde do usuário, implementadas no nível secundário ou terciário, assim como recomendações cruciais para a continuidade do cuidado na APS (PEREIRA e MACHADO, 2016). As recomendações, se seguidas adequadamente, vão fazer com que o fluxo de atendimento seja uniforme, promovendo continuidade (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Para que a transferência desse paciente seja efetiva, alguns objetivos precisam ser alcançados, o primeiro é criar uma compreensão compartilhada com o paciente, o segundo é a transferência de responsabilidade para o profissional que irá recebê-lo e não somente as informações, mas elas também são importantes. Idealmente, a transferência desse cuidado deveria conter um elemento de comunicação verbal, seja um diálogo face a face ou por telefone, permitindo um "modelo mental compartilhado", concentrando a troca na orientação e nas tarefas a serem realizadas. Esses modelos normalmente são eficazes quando têm um entendimento compartilhado da tarefa que deve ser realizada, e por último a comunicação escrita, como a CR, seja em papel ou meio eletrônico, serve como um "registro de transição" para informações críticas e suplementares para complementar a transferência verbal (ARORA; FARNAN, 2020).

Essas informações escritas também podem ser desenhadas em um "plano de

gestão” ou “plano de alta”, que pode conter informações sobre o diagnóstico e internação, mas deve conter um guia com o tempo e sequência que as intervenções devem ser realizadas (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). O plano deve ser centrado no paciente, envolvendo a equipe de saúde e os cuidadores. Alguns elementos são críticos e esses devem estar bem estabelecidos para obter sucesso no momento da alta, como, reconciliação precisa de medicamentos, educação e capacitação do paciente; visitas domiciliares ou chamadas telefônicas por profissionais de saúde; monitoramento remoto; gestores de cuidados transitórios; e acompanhamento pós-alta precoce. Ainda em relação ao paciente deve ser considerado o estado cognitivo, alfabetização em saúde e outras barreiras para o autocuidado (ALPER; O'MALLEY; GREENWALD, 2020).

Esses planos são especialmente relevantes quando o paciente será atendido por vários profissionais, ele pode evitar readmissões desnecessárias, porque objetivos, tratamento, abordagens e linhas de responsabilidade ficam mais explícitos. (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; ALPER; O'MALLEY; GREENWALD, 2020)

O puerpério é uma condição longa que precisa de planejamento para garantir que este período será saudável para mulher e bebê, por isso é importante compartilhar a gestão de forma coerente, provendo uma interação dos fornecedores dos cuidados. Isso fará com que a mulher e a família percebam e sintam verdadeiramente a continuidade gerencial (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho evidenciou que a contrarreferência, implantada pelo Serviço de Gestão de Altas do CHC, proporciona a continuidade do cuidado. A CR mostrou promover a melhora em questões como: integração dos níveis de atenção, comunicação efetiva, mais segurança nas informações passadas e a possibilidade de fortalecimento nas relações de confiança entre provedores e pacientes.

Os profissionais apontaram como relevante principalmente as ações relacionadas à continuidade informacional e gerencial, destacando a CR como fonte de informação para continuidade do cuidado, causando maior segurança nas priorizações de atendimento e na diminuição no tempo dos encaminhamentos para outros serviços, assim como na possibilidade de estreitar laços com as usuárias para atingir o objetivo de prestar o cuidado adequado.

Em relação às puérperas, as entrevistas mostram que foi ressaltado o conhecimento da equipe da APS sobre a situação saúde, do binômio, também foi percebido que o não comparecimento da mulher em consulta puerperal desencadeou busca ativa, comprovando mais uma vez a chegada de informações de maneira segura, sendo interpretadas como possíveis consequências do uso da CR.

O trabalho reforçou a importância da CR como instrumento para continuidade do cuidado reiterando as políticas públicas existentes, também apontou o quanto se faz necessária a conscientização dos profissionais de saúde para seu uso, além de conseguir identificar melhorias a serem realizadas para a qualificação do Serviço de Gestão de Altas. Trouxe à luz a necessidade de padronização do documento e descrição mais detalhada das intervenções realizadas na mulher e na criança na maternidade.

Este estudo também contribuiu para a prática profissional do enfermeiro de ligação, pois mostra a necessidade de ampliação do Serviço para todas as pacientes da obstetrícia, servindo como modelo para outras instituições de assistência materno-infantil. Outra área de atuação do enfermeiro que pode ser reafirmada como importante e necessária é a atuação na atenção primária, onde o profissional tem participação marcante na composição da equipe multidisciplinar, destacando a profissão de enfermagem como centralizadora no planejamento e desenvolvimento das ações de saúde.



A realização desta pesquisa fez com que se pudesse entender a realidade da atenção primária e das mulheres depois da experiência de atendimento na maternidade, o que proporcionou um olhar ampliado sobre questões que precisam ser discutidas na gestão assistencial do cuidado obstétrico e neonatal durante o atendimento na rede, questões relacionadas à importância da integração dos níveis assistenciais, relacionamento entre provedores e usuários na busca de estratégias para obter o verdadeiro cuidado humanizado e continuado durante o atendimento ao período gravídico puerperal.

A pandemia de COVID-19 influenciou consideravelmente na realização da pesquisa, pois a necessidade de isolamento social, de reorganização dos atendimentos nas UMS e a mudança de profissionais de seus locais de trabalhos prejudicou de maneira relevante a coleta de dados, visto que o sentimento de insegurança pareceu ser um fator que interferiu no aceite das entrevistas. Além disso, várias unidades encontravam-se fechadas. Outro fator que teve influência foi a sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde que, por vezes, precisaram remarcar ou cancelar as entrevistas devido às demandas diárias.

A reestruturação do CHC para a abertura de leitos específicos de isolamento para pacientes suspeitos ou contaminados pelo novo vírus também foi impactante na pesquisa. Essa reestruturação agregada à incapacidade de manter o dimensionamento seguro aos pacientes, pois muitos profissionais da assistência foram afastados por suspeita de contaminação pelo vírus, ocasionou a fusão das maternidades do CHC, risco habitual e alto risco e a interrupção do Serviço de Gestão de Alta, causando por pelo menos sete meses a pausa no envio das CR, período que coincidiu com a coleta de dados.

Sugere-se que sejam desenvolvidos novos estudos relacionados ao tema continuidade do cuidado na obstetrícia e na neonatologia, pois pode-se observar a quantidade de fatores que podem, e são fragmentados, durante este atendimento são inúmeros, e desenvolver pesquisas no sentido de mitigar a possibilidade essa fragmentação é imperativo buscando a qualificação do atendimento materno infantil, o que refletirá diretamente na diminuição de morbimortalidade materna e infantil por causas evitáveis. Ressalta-se que uma perspectiva quantitativa seria complementar para robustez do resultado alçado neste trabalho.

## REFERÊNCIAS

ALDRIGHI J. D., WAL M. L., SOUZA S. R. R. K., CANCELA F. Z. V. The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. **Rev Esc Enferm USP**. 2016;50(3):509-518. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400019>

ALMEIDA, L. S. Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. **Rev. Dep. Psicol.**, UFF, Niterói, v. 19, n. 2, pág. 411-422, dezembro de 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-80232007000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232007000200011&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 10 de jan. de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-80232007000200011>.

ALPER, E.; O'MALLEY, T. A.; GREENWALD, J. Hospital discharge and readmission. **UptoDate** 2020. Disponível em: < [https://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission?search=alta%20hospitalar%20e%20readmiss%C3%A3o&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission?search=alta%20hospitalar%20e%20readmiss%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1) >. Acesso em: 11 jan. 2021.

ALVES, A. M. et al. A Enfermagem e Puérperas Primigestas: Desvendando o Processo de Transição ao Papel Materno. **Cogitare Enfermagem**, vol. 12, núm. 4, out/dez, 2007, pp. 416-427 Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10063>>. Acesso em: 25 jul.2019.

ALVES, T.T.M. et al. Atuação da enfermeira obstetra no desenrolar do trabalho de parto e parto. **Rev. Enferm Health Care [Online]**. Jan/Jul. 2018; 7(1):41-50 Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2282>>. Acesso em: 25 jul.2019.

AMÂNCIO, V. C.; SCHMIDT, D. B.; COTRIM O. S. A história da mulher e sua problemática de saúde com ênfase no município de Botucatu. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**. Vol.3 n.2 | jul/dez 2013 Disponível em : <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/230/171>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ANAZAWA, L; GUEDES, M. S; KOMATSU, B. K.; FILHO, N. A. A Loteria da Vida: Examinando a Relação entre a Educação da Mãe e a Escolaridade do Jovem com Dados Longitudinais do Brasil. 2016. [acesso em 17 jun 2019]. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/relacao-educacao-mae-escolaridade-jovem-longitudinais-brasil-atualizado.pdf>

ANDRADE, R. D. et al. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro v. 19, n. 1, p. 181-186, março 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100181&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100181&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 09 jun. 2019

ANTONIO S. P. et al. Transition of patients from intensive care units. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, 12(12):3320-6, dez., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237705>>. Acesso em: 11 set. 2019.

ANDRADE, T. Mulheres No Mercado De Trabalho: Onde Nasce A desigualdade?. 2016, **Câmara dos Deputados**. Disponível em: <[https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema7/2016\\_12416\\_mulheres-no-mercado-de-trabalho\\_tania-andrade](https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema7/2016_12416_mulheres-no-mercado-de-trabalho_tania-andrade)>. Acesso em: 10 out. 2019.

ARORA, V.; FARNAN, J. Patient handoffs. **UptoDate** 2020. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/patient-handoffs?search=comunica%C3%A7%C3%A3o&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/patient-handoffs?search=comunica%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4)>. Acesso em: 11 jan. 2021.

ASSUNÇÃO, G. S. e QUEIROZ, E. Abordagem Do Tema “Relação Profissional De Saúde-Paciente” Nos Cursos De Saúde Da Universidade De Brasília. **Psicologia: Ensino & Formação**, 2015, 6(2): 18-36. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pef/v6n2/v6n2a03.pdf>> Acesso em: 29 dez. 2020.

AUED, G. K. et al. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3162, 2019 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100349&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100349&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 set. 2019.

AUED, G. K. **Práticas da enfermeira de ligação para a continuidade do cuidado**. 2017. 185 f. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017.

AUGUSTO, C. A. et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 745-764, Dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20032013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032013000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-20032013000400007>.

AQUINO, E.M.L. Reinventing delivery and childbirth in Brazil: back to the future. **Cad Saúde Pública**. 2014;30 Suppl 1:S8-10

BACKES, D. S. et al. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 277-289, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1093/1037>. Acesso em: 23 jan. 2021.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, 2006. 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887 Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>  
<http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4227-4238, nov. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001104227&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104227&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 jan. 2021. Epub Oct 28, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Editora do Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres: relatório de implementação 2005**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm\\_compacta.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf). Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11\\_03estudo\\_mortalidade\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11_03estudo_mortalidade_mulher.pdf). Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. – 2. ed.: Editora do Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos\\_juridicos\\_atendimento\\_vitimas\\_violencia\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf). Acesso em: 28 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2 reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_integral\\_mulheres\\_violencia\\_domestica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_integral_mulheres_violencia_domestica.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações e programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em 17 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1ª edição. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização no pré-natal e nascimento**. Secretaria Executiva. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetria**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_obstetria.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetria.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017 Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2017\\_analise\\_situacao\\_saude\\_desafios\\_objetivos\\_desenvolvimento\\_sustentavel.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 15 de nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS**, Brasília, 2018. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acesso em: 17 jun. 2019

BRASIL. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em 17 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília, 2011.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro10.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro10.pdf)>. Acesso em 25 de nov. 2019.

BERNARDINO, E. et al. Enfermeira de Ligação: uma estratégia de integração em rede. **Revista Brasileira de Enfermagem** (Impresso), v. 63, p. 459-463, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672010000300018&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672010000300018&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em 10 jul. 2019.

BERENES, P. Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care. **UptoDate** 2020. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care?search=alta%20hospitalar%20e%20readmiss%C3%A3o&source=search\\_result&selectedTitle=9~150&usage\\_type=default&display\\_rank=8](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care?search=alta%20hospitalar%20e%20readmiss%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=8)> Acesso em: 11 jan. 2021.

BETANCOURT, J. R.; GREEN A. R.; CARRILLO, J. E. Cross-cultural care and communication. **UptoDate** 2020. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/cross-cultural-care-and-communication?search=comunica%C3%A7%C3%A3o&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/cross-cultural-care-and-communication?search=comunica%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)> Acesso em: 11 jan. 2021.

BOUSQUAT, A. et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1141-1154, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>. Acesso em 29/12/2020. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28632016

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde. Quais os riscos da gestação nos extremos de idade – adolescentes e mulheres acima de 40 anos?. **Núcleo de Telessaúde Sergipe** | 22 ago 2016 | ID: sof-23941. Disponível em: <<https://aps.bvs.br/aps/quais->

os-riscos-da-gravidez-na-adolescencia-e-em-mulheres-com-mais-de-40-anos/>. Acesso em: 11 jan. 2021.

CAIXEIRO S. M. O.; DARGAM B.; THOMPSON G. N. Comunicação escrita: importância para os profissionais de enfermagem nas salas de pré-parto. **Rev. Enferm. UERJ** [Internet]. 2008 [cited 2012 jun. 30]; 16(2):218-23 Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a13.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

CAVALCANTI, R. P.; CRUZ, D.; PADILHA, W. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 22. 181-188. 10.4034/RBCS.2018.22.02.12. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/913906/31872-92105-1-pb.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2019.

CIETO, B. et al. Recursos e inovações de enfermagem para a alta: revisão integrativa. Acesso em 25 nov. 2019. **REME**. 2014 jul/set; 18(3): 752-757 Disponível em: <<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/960>>. Acesso em: 23 out. 2019.

CHAVES, L. D. P. et al. Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1106-1111, Oct. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000501106&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501106&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>.

COELHO, E. A. C. et al. Integralidade do Cuidado à Saúde da Mulher: Limites da Prática Profissional. **Esc Anna Nery RevEnferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2019.

COELHO, V.; DINIZ, G. Vida de mulher: lidando com a meia-idade e a menopausa. In: Féres-Carneiro T, organizador. **Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora PUCRio/ São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 97-117.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Perfil da enfermagem no Brasil 2020 – Banco de dados**. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html#apresentacao>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

COLEMAN E. A.; BERENSON R. A. Lost in Transition: Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transitional Care. **Ann Intern Med**. 2004; 141:533–536. Disponível em: <<https://annals.org/aim/article-abstract/717858/lost-transition-challenges-opportunities-improving-quality-transitional-care>>. Acesso em: 11 de set. 2019. DOI: 10.7326/0003-4819-141-7-200410050-00009

COSTA, M. F. B. N. A. et al. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03477, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-)

62342019000100441&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.

**Declaração de Pequim adotada pela quarta conferência mundial sobre as mulheres:** ação para igualdade, desenvolvimento e paz. 1995. <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/pekin.htm>> Acesso em: 10 out. 2019.

DELBANCO, T. e GERTIS, M. A patient-centered view of the clinician-patient relationship. **UptoDate** 2021. Disponível em: < [https://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship?search=continuidade%20de%20cuidados&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship?search=continuidade%20de%20cuidados&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1) >. Acesso em: 11 jan. 2021.

DOMINGUES RM, DIAS MA, SCHLITZ AO, LEAL MD. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. **Reprod Health** 2016; 13 Suppl 3:115

DINIZ CS, D'ORSI E, DOMINGUES RMSM, TORRES JA, DIAS MAB, SCHNECK CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional **Nascer no Brasil**. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S140-53.

DINIZ G.; COELHO V. Mulher, família, identidade: a meia-idade e seus dilemas. In: Féres-Carneiro T, organizador. **Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora PUCRio/ São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 79-95

ENNEN, C.S. e SANTIN. Reducing adverse obstetric outcomes through safety sciences. **UptoDate** 2021. Disponível em: < [https://www.uptodate.com/contents/reducing-adverse-obstetric-outcomes-through-safety-sciences?search=trabalho%20equipe%20multiprofissional&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/reducing-adverse-obstetric-outcomes-through-safety-sciences?search=trabalho%20equipe%20multiprofissional&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1) > Acesso em 11 jan. 2021.

FARAH, M.F.S. Gênero e Políticas Públicas. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, 12(1): 360, janeiro-abril/2004. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2004000100004/7943>>. Acesso em: 28 out. 2019.



FREITAS, G. L. et al. Discutindo a Política de Atenção à Saúde da Mulher no Contexto da Promoção à Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem. Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(2):424-8. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 15 out. 2019.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Ministério da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública.** 2017. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica#wrapper>>. Acesso em: 29 jan. 2020

GALERA, S. A. F.; BERNARDES, A. Enfermeiras de ligação: uma estratégia para vencer os desafios do sistema de saúde [online]. **BlogRev@Enf**, 2019 [viewed 25 November 2019]. Disponível em: <<https://blog.revenf.org/2019/10/03/enfermeiras-de-ligacao-uma-estrategia-para-vencer-os-desafios-do-sistema-de-saude/>>. Acesso em: 22 out. 2019.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em Saúde: Considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):103-112, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13797.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. V. M. G. et al. Políticas públicas de atenção à saúde da mulher: uma revisão integrativa. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, v. 4, n.1, p. 26-35, 2017. Disponível em: <[revistas.ufpi.br › index.php › rics › article › download](http://revistas.ufpi.br/index.php/rics/article/download)>. Acesso em 12 de jan. 2020.

GRAMACHO R. C. C. V.; SILVA R. C. V. Enfermagem na cena do parto. In: Brasil, Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e nascimento.** v. 4. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. p. 184-200. Disponível em: <[http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizausus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 09 dez. 2019.

GOULART, B. F., et al. Inter-personal relationship: identifying behaviors for the teamwork in a coronary unit. **Revista Mineira de Enfermagem**, volume: 23:e-1197. Disponível em: <<https://reme.org.br/artigo/detalhes/1340>>. Acesso em: 08mar. 2021. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190045>

GULLIFORD, M.; NAITHANI, S.; MORGAN, M. What is „continuity of care“? **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 11, n. 4, p. 248-50, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17018200>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

HADAD, A. C. A. C. e JORGE, A. O., 2018. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. **SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO**, V. 42, N. ESPECIAL 4, P. 198-210, DEZ 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe4/198-210/pt/#>> Acesso em: 25 jan de 2021.

<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S416> .

HERZ, B.; MEASHAM, A. Saúde Materna e Desenvolvimento. **Finanças & Desenvolvimento**. Jul. 1987. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/fdesenvolvimento/article/viewFile/64152/62123>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

ICM- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES – ICM. COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA O EXERCÍCIO DA OBSTETRÍCIA POR OBSTETRIZES. Disponível em: <http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2020/03/ICM-Competências.pdf> Acesso em 07/04/2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **Quantidade De Homens E Mulheres**. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

INTRANET COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS (CHC). Curitiba, 2019. Disponível em: <<http://novaintranet.hc.ufpr.br/superintendencia/gas/sras/ura/gestaoaltas/>>. Acesso em: 28 nov. 2019.

IRWIN, K. A.; AGIUS, M. How does continuity of care affect quality of care in primary healthcare? **Psychiatria Danubina**, v, 29, suppl. 3, pp 452-456, 2017. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/f1ca/7ed394a9645b8bf180209660a7a9522fec20.pdf>>. Acesso em 16 jan. 2019

LEITE, A. C. N. M. T.; PAES, N. A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online]. 2009, vol.16, n.3, pp. 705-714. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/08.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2019.

LIMA, C. T. et al. Análise das políticas públicas em saúde da mulher: uma revisão da literatura.

**EFDeportes.com**. Revista Digital. Buenos Aires, Ano 19, Nº 197, Outubro de 2014 Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efd197/politicas-publicas-em-saude-da-mulher.htm>>. Acesso em: 23 out. 2019.

LIMA M. A. D. S. et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**. 2018;39:e 20180119. Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100509&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100509&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 out. 2019 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.

LINDQUIST L. A. et al. SGIM-AMDA-AGS Consensus Best Practice Recommendations for Transitioning Patients' Healthcare from Skilled Nursing Facilities to the Community. **J Gen Intern Med**. 2017 Feb;32(2):199-203. Epub 2016 Oct 4. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27704367>>. Acesso em: 24 jul. 2019. 10.1007/s11606-016-3850-8

MARTINS, M. M. et al. Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. **Cogitare Enfermagem** (UFPR), v. 23, p. 1-9, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58449>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

MARQUES, B. L. et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, e20200098, 2021. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452021000100211&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000100211&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Mar. 2021. Epub Sep 04, 2020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0098>.

MATERNIDADE VICTOR FERREIRA DO AMARAL (MVFA) - **Complexo Hospital de Clínicas Universidade Federal do Paraná (UFPR)**. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/maternidade-victor-do-amaral>>. Acesso em: 11 set. 2019.

MATHIAS, M. Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz**. Pesquisa, Política e Ação em Saúde Pública. 2018. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

MCKEE-GARRETT, T. M. e Overview of the routine management of the healthy newborn infant. **UptoDate** 2020. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-routine-management-of-the-healthy-newborn-infant?search=alta%20hospitalar%20e%20readmiss%C3%A3o&source=search\\_result&selectedTitle=10~150&usage\\_type=default&display\\_rank=9](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-routine-management-of-the-healthy-newborn-infant?search=alta%20hospitalar%20e%20readmiss%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=10~150&usage_type=default&display_rank=9)>. Acesso em 11 jan. 2021.

MEDEIROS, P. F. E GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**. Vol. 17, No. 1 (janeiro-abril - 2009), pp. 31-48. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a03v17n1.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2019.

MELEIS, A. I. **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company. 2010.

MELIS, A. I.; TRANGENSTEIN, P. **Transitions theory: Facilitating Transitions: Redefinicion of the nursing Mission**. New York: Springer Publishing Company. 2010. P 65-71.

MENDES, A. P. Critical health-disease transition in the family: Nursing intervention in the lived experience. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 154-161, fev. 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000100154&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100154&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0616>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher**. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. 4ª edição, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MOREIRA MEL, GAMA SGN, PEREIRA APE, SILVA AAM, LANSKY S, PINHEIRO RS, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad Saúde Pública** 2014; 30 Suppl 1:S128-39.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. A vida ouvida: a escuta psicológica e a saúde da mulher de meia-idade. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v. 3, n. 2. 2003 Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7789/5637>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; ESTRELLA, R. C. N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000900013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900013>.

ORTEGA, M. A. F. et al. Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, p. 37-45, 29 out. 2016. Disponível em: <<https://www.rbmfcc.org.br/rbmfcc/article/view/1384/806>>. Acesso em: 22 out. 2019.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA). **Superintendência de Vigilância em Saúde - SVS Centro de Epidemiologia - CEPI** Divisão de Informações Epidemiológicas - DVIEP.2018. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Mortalida\\_Materna\\_e\\_Infantil\\_18\\_07\\_2018.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Mortalida_Materna_e_Infantil_18_07_2018.pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2019.

PASSOS, L.; GUEDES, D. R. Participação Feminina no Mercado de Trabalho e a Crise de Cuidados da Modernidade: conexões diversas. **Ipea planejamento e políticas públicas ppp**. n. 50. jan./jun. 2018. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/847>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde Debate** | rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, out-dez 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2016.v40n111/63-73/>>. Acesso em: 22 nov. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611105>

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**,

Rio de Janeiro, 26 [ 3 ]: 1033-1051, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-01033.pdf>> Acesso em: 11 jan. 2021.

PEREIRA, R. A.; ALVES-SOUZA, R. A.; VALE, J. S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente** 6(1): 99-108, jan-jun, 2015. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/322/387>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170372, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 jan. 2021. Epub Aug 02, 2018. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>.

PLATAFORMA DE CAIRO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. 1994 Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

POLIT, D. E.; BECK, C. T. **Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice** (9th. ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer|ISBN: 2018, 978-1-4963-5129-6.

PONTES, M. G. A. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 69-78, 2014. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2019.

PORTELLA A. P. **Novas e velhas questões sobre corpo, sexualidade e reprodução**. In: Ávila MBM, organizador. Textos e imagens do feminismo: mulheres construindo a igualdade. Recife: SOS Corpo; 2001. p. 71-131. Disponível em: <[https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2017/10/Novas\\_e\\_Velhas\\_Questoes\\_sobre\\_Corpo\\_Sexu.pdf](https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2017/10/Novas_e_Velhas_Questoes_sobre_Corpo_Sexu.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2019.

PORTELA, M.C.; REIS, L. G. C.; MARTINS, M.; RODRIGUES, J. L. S. Q.; LIMA, S. M. L. Obstetric care: challenges for quality improvement. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(5):e00072818. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00072818.pdf>> Acesso em : 21/07/2020

PINHEIRO, L. S.; JUNIOR, A. T. L.; FONTOURA, N. O.; SILVA, R. **Nota Técnica: Mulheres e trabalho: breve análise do período 2004-2014**. Instituto de Pesquisa Economia Aplicada. 2016. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6524/1/Nota\\_n24\\_Mulheres\\_trabalho.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6524/1/Nota_n24_Mulheres_trabalho.pdf)>. Acesso em: 08 mar. 2021.

Procedimento Operacional Padrão (POP) MATERNIDADE VICTOR FERREIRA DO AMARAL (MVFA). **Serviço de Gestão de Alta**. 2018 (não publicado).

PSAILA K.; et al. Smoothing out the transition of care between maternity and child and family health services: Perspectives of child and family health nurses and midwives. **BMC Pregnancy and Childbirth** 2014, 14:151 Page 3 of 13. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/261915948\\_Smoothing\\_out\\_the\\_transition\\_of\\_care\\_between\\_maternity\\_and\\_child\\_and\\_family\\_health\\_services\\_Perspectives\\_of\\_child\\_and\\_family\\_health\\_nurses\\_and\\_midwives](https://www.researchgate.net/publication/261915948_Smoothing_out_the_transition_of_care_between_maternity_and_child_and_family_health_services_Perspectives_of_child_and_family_health_nurses_and_midwives)>. Acesso em: 29 set. 2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretária Municipal da Saúde Centro de Epidemiologia. **Perfil da Mortalidade Materna Curitiba 2000 a 2017**. Disponível em: <[http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Mortalidade%20Materna%202000\\_2017\\_residencia%20Curitiba.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Mortalidade%20Materna%202000_2017_residencia%20Curitiba.pdf)>. Acesso em: 16 jan. 2020.

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 2, n. 1, p. 69-71, abr. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292002000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011>.

PROQUALIS (Aprimoramento as práticas de saúde). Simplificando o cuidado centrado na pessoa. O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa – Guia Rápido. **The Health Foundation**. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2019.

RATTNER D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. **Interface**. 2009;13 Supl 1:595-602

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. **Canadian health services research foundation**, 2002. Disponível em: <[https://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/researchreports/commissionedresearch/cr\\_contcare\\_e.pdf](https://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/researchreports/commissionedresearch/cr_contcare_e.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2019.

RIBAS, E. N. et al. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(Suppl 1):546-53. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-71672018000700546&lng=en&nrm=iso/](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672018000700546&lng=en&nrm=iso/)> Acesso em: 25 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>

REDE MÃE CURITIBA VALE A VIDA. Curitiba. **Secretaria Municipal de Saúde (SMS)**. SMS, 2018. Disponível em: <[https://www.fetalmed.net/wp-content/uploads/2018/09/Protocolo\\_Rede\\_M%C3%A3e\\_Curitiba\\_Vale\\_a\\_Vida\\_web.pdf](https://www.fetalmed.net/wp-content/uploads/2018/09/Protocolo_Rede_M%C3%A3e_Curitiba_Vale_a_Vida_web.pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2019.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, junho 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-)

55022009000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>.

SANTOS, H. F. L.; ARAUJO, M. M. Políticas de Humanização ao pré-natal e parto: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**. Volume. VI, Número 2. P. 54-64. 2016. Disponível em: <<http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SANTOS, E. et al. O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. **Millenium**, 49 (jun/dez). Pp. 153-171. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

SANTOS R. B.; RAMOS K.S. Systematization of nursing care in the Obstetrical Center. **RevBrasEnferm** [Internet]. 2012 Dec [cited 2016 Sep 07]; 65(1):13-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/02.pdf>>. Acesso em: 17 jun 2019.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, I. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(2), e280206, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n2/0103-7331-physis-28-02-e280206.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA). **Caderno de Monitoramento Mortalidade Materna 2011- 2017.pdf**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CadernodeMonitoramentodaMortalidadeMaterna20112017.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA (SMS). Curitiba: **Atenção Primária**. Acesso em: 11 set. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-basica/atecao-primaria.html>>. Acesso em: 22 out. 2019.

SCHMITZ, E. L.; GELBCKE, F. L.; BRUGGMANN, M. S.; LUZ, S. C. L. Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. 2016, vol.37, n.spe, e68435. Epub Mar 30, 2017. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68435>.

SILVA, A. F.; et al. Atuação Do Enfermeiro Obstetra Na Assistência Ao Parto: Saberes E Práticas Humanizadas. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Vol.23,n.3,pp.87-93 (Jun – Ago 2018) Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Disponível em: <[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180805\\_111247.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180805_111247.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 21.

SILVA, O. B. M. et al. **Perfil sócio-demográfico de pacientes em uma maternidade pública de risco habitual**. (no prelo, submetido à publicação). 2020.

SILVA, M. R. F.; BRAGA, J. P. R.; MOURA, J. F. P.; LIMA, J. T. O. Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 107-119, set 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000300107&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300107&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611008>.

SILVA, A.S.; NÓBREGA, M.M.L.; MACEDO, W.C.M. Nursing diagnoses/outcomes for parturient and puerperal women using the International Classification for Nursing Practice. **RevEletrEnferm** [Internet]. 2012. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/pdf/v14n2a06.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

SHORTELL, S. M. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. **Medical Care**, v. 14, n. 5, p. 377-391, 1976. Disponível em: <<https://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1271879&prev=search>>. Acesso em: 17 jan. 2020.

SOUZA, K. B. **Impactos econômicos da participação da mulher no mercado de trabalho brasileiro: uma análise de equilíbrio geral**. 2015 142f. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de Minas Gerais /Cedeplar. 2015

SOUZA, M. C. O. Brasil e o Comitê para a Eliminação da Discriminação das Mulheres da Onu: Reflexões sobre as 29ª, 39ª e 51ª sessões do Comitê da CEDAW. 2012. **Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/internacional/instancias-regionais/o-comite-cedaw-2013-comite-para-a-eliminacao-de-todas-as-formas-de-discriminacao-contra-a-mulher>>. Acesso em: 25 jan. 2020.

SOUSA S. M. et al. Integrality of care: challenges for the nurse practice. **RevBrasEnferm** [Internet]. 2017;70(3):504-10. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>>. Acesso em: 11 set. 2019

TARRANT, C. et al. Continuity and Trust in Primary Care: A Qualitative Study Informed by Game Theory. **Ann Fam Med.**, v. 8, n. 5, p. 440-446, 2010. DOI: 10.1370 / afm.1160. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939420/>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

TEIXEIRA, R. A. et al. Cuidado gravídico-puerperal em Rede: o vivido de enfermeiros, médicos e gestores. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 151-158, Feb. 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000700151&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700151&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0558>.

TORONTO. Clinical Best Practice Guideline. Care Transitions. Toronto, ON: **Registered Nurses' Association of Ontario**. 2014. Disponível em:



<[https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care\\_Transitions\\_BPG.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care_Transitions_BPG.pdf)>. Acesso em 10 jul. 2019.

TORRES JA, DOMINGUES RMSM, SANDALL J, HARTZ Z, GAMA SGN, THEME FILHA MM, et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad Saúde Pública** 2014; 30 Suppl 1:S220-31

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA (UFPR). +UFPR. Curitiba, 2019. Disponível em: < <https://www.ufpr.br/portalufpr/noticias/hospital-de-clinicas-e-secretaria-de-saude-de-curitiba-lancam-projeto-pioneiro-no-brasil/> >. Acesso em: 29 nov. 2019.

UTZUMI, F. C. et al. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto contexto - enferm.** v. 27, p. 2, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000200308&lng=pt&tlng=pt.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200308&lng=pt&tlng=pt.)>. Acesso em: 11 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>.

UFMG. **Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica Rede Cegonha II recebe prêmio internacional.** Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/index.php/noticias/481-curso-de-especializacao-em-enfermagem-obstetrica-rede-ceeo-rede-cegonha-ii-recebe-premio-internacional> Acesso em 07/04/2020.

VICO, A. F. **Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde.** 2017. 81f. [Dissertação de Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. 2017.

WALL, E. M. Continuity of care and family medicine: definitions, determinants, and relationship to outcome. **J. Fam. Pract.**, v.13, p. 655- 664, 1981. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7024464>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

WEBER, L. A. F. et al. Transição Do Cuidado Do Hospital Para O Domicílio: Revisão Integrativa. **Cogitare Enferm.** (22)3: e47615, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47615>>. Acesso em: 24 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns.** 2015. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/199177>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), **Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services.** 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide.** Geneva: WHO; 1996

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990-2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA**, the World Bank and the United Nations Population Division.; Geneva: WHO2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **2018 definition of competent maternal and newborn health professionals providing care during childbirth published today.** Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/defining-competent-mnh-professionals/en/> **Acesso em 07/04/2020.**

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R.; ALVES, A. P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João Del-Rei, v. 13, n. 1, p. 1-16, 2018. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082018000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 23 set. 2019.

## APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nós, \_\_\_\_\_ e demais pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você a participar de um estudo intitulado “**Perfil de Atendimento da Unidade de Gestão de Alta de um Hospital Universitário do Paraná e as Estratégias para a Continuidade do Cuidado Utilizadas pelas Enfermeiras de Ligação**”. É através das pesquisas que ocorrem avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

1. O objetivo desta pesquisa: Delinear o perfil sócio demográfico dos pacientes contrarreferenciados em uma Unidade de Gestão de Alta de um hospital universitário do Paraná, as estratégias utilizadas para a continuidade do cuidado e propor ações operacionais de continuidade do cuidado em enfermagem.

2. Caso você participe da pesquisa, será necessária a realização de uma entrevista com questões abertas e fechadas, sobre as atribuições, competências e estrutura organizacional do serviço prestado ao usuário. A sua entrevista será áudio gravada e, o local de realização da entrevista será o seu ambiente de trabalho com horário de sua preferência. Os pesquisadores se comprometem a utilizar o áudio somente para contribuir com a construção do corpo de trabalho através das informações que possam contribuir para o mesmo.

3. É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento de ser entrevistado. Porém, as informações obtidas através da entrevista serão destinadas somente e exclusivamente para essa pesquisa. Não serão mencionados nomes de pessoas ou algo que identifique alguma pessoa ou situação ferindo o anonimato ou causando constrangimento.

4. Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Por meio da análise dos benefícios da unidade de gestão da Alta hospitalar espera-se contribuir com o fortalecimento do modelo de atenção e conseqüentemente para uma melhoria na assistência prestada, de forma que o usuário receba atendimento resolutivo e integrado na rede.

5. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo: \_\_\_\_\_, poderão ser contatados pelo respectivo endereço eletrônico: \_\_\_\_\_.

Todas (os) poderão ser contatadas (as) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Por serem as responsáveis pela pesquisa, poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação.

6. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

7. As informações relacionadas ao estudo terão garantido o sigilo, sendo conhecidas apenas por pessoas autorizadas: Leticia Siniski de Lima e Elizabeth Bernardino. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista será gravada, respeitando-se

completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista é encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

8. As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

9. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Rubricas:  
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal - \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante de pesquisa)

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PUÉRPERAS

Nós, \_\_\_\_\_ e demais pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você a participar de um estudo intitulado “**Perfil de Atendimento da Unidade de Gestão de Alta de um Hospital Universitário do Paraná e as Estratégias para a Continuidade do Cuidado Utilizadas pelas Enfermeiras de Ligação**”. É através das pesquisas que ocorrem avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

1. O objetivo desta pesquisa: Delinear o perfil sócio demográfico dos pacientes contrarreferenciados em uma Unidade de Gestão de Alta de um hospital universitário do Paraná, as estratégias utilizadas para a continuidade do cuidado e propor ações operacionais de continuidade do cuidado em enfermagem.

2. Caso você participe da pesquisa, será necessária a realização de uma entrevista com questões abertas e fechadas, relacionadas ao uso dos Estabelecimentos de saúde Maternidade Victor Ferreira do Amaral e da unidade de saúde onde é vinculada. A sua entrevista será áudio gravada e, o local de realização da entrevista será na sua unidade de saúde em data e horário pré-agendado com o pesquisador. Os pesquisadores se comprometem a utilizar o áudio somente para contribuir com a construção do corpo de trabalho através das informações que possam contribuir para o mesmo.

3. É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento de ser entrevistado. Porém, as informações obtidas através da entrevista serão destinadas somente e exclusivamente para essa pesquisa. Não serão mencionados nomes de pessoas ou algo que identifique alguma pessoa ou situação ferindo o anonimato ou causando constrangimento.

4. Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Por meio da na análise dos benefícios da unidade de gestão da Alta hospitalar espera-se contribuir com o fortalecimento do modelo de atenção e conseqüentemente para uma melhoria na assistência prestada, de forma que o usuário receba atendimento resolutivo e integrado na rede.

5. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo: Leticia Siniski de Lima e Elizabeth Bernardino, poderão ser contatados pelo respectivo endereço eletrônico: leticia.skidlima@gmail.com .....

Todas (os) poderão ser contatadas (as) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Por serem as responsáveis pela pesquisa, poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação.

6. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

7. As informações relacionadas ao estudo terão garantido o sigilo, sendo conhecidas apenas por pessoas autorizadas: \_\_\_\_\_. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista é encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

8. As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

9. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal - \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante de pesquisa)

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)

**APÊNDICE 3 – ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE****Roteiro de entrevista**

Data: Início: Fim: min.

**A - Identificação:**

Código:

Idade: anos

Sexo ( ) feminino ( ) masculino

**B - Formação acadêmica e qualificação profissional:**

Graduação: Ano da graduação:

Especialização ( ) sim ( ) não área: Ano de conclusão:

Mestrado ( ) sim ( ) não ( ) área: Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Doutorado ( ) sim ( ) não ( ) ( ) área: Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

**C - Atuação profissional na atenção primária:**

UMS:

Tempo de trabalho na UMS

**D- Questões:**

1- É possível identificar os eventos clínicos vivenciados pelo binômio na maternidade pelo uso da contrarreferência (CR)?

( ) sim ( ) não

2- Anteriormente ao uso da CR você tinha acesso a estas informações?

( ) sim ( ) muitas vezes ( ) poucas vezes ( ) não

3- Estas informações interferem no cuidado e no planejamento da assistência na atenção primária da mulher e do bebê?

( ) sim ( ) não

4- Quando o paciente é contrarreferenciada, a mulher sabe informar os motivos e as condições de saúde apresentadas por ela ou pelo recém-nascido?

( ) sempre ( ) muitas vezes ( ) poucas vezes ( ) nunca

6- Você sente diferença entre o contato da atenção primária e a maternidade após a implantação do CR? Pode exemplificar?

7- Na sua opinião quais são os pontos fortes do uso da CR?

8- E ao que a CR pode melhorar?

**APÊNDICE 4 – ENTREVISTA PARA PUÉRPERAS****Roteiro de entrevista**

Data: Início: h min Fim: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min.

**A - Identificação:**

Código:

Idade: anos

Escolaridade: série

Profissão:

UBS:

**B- Perfil Obstétrico**

G P C A E

Data da alta da maternidade:

Número de filhos vivos:

**C- Questões:****UBS**

1- Os profissionais da unidade tinham conhecimento da sua alta?

( ) sim ( ) não

2- Os profissionais da unidade sabiam sobre sua consulta depois da alta da maternidade?

( ) sim ( ) não

3- Eles tinham conhecimento das informações sobre seu internamento na maternidade?

( ) sim ( ) não

**Maternidade**

4- Durante sua estadia na maternidade você tinha um profissional de referência? Quem?

5- Você recebeu informações na alta da maternidade?

( ) sim ( ) não

6- Como essas informações foram passadas para você?

( ) Escritas

( ) Verbalmente

( ) Escritas e Verbalmente

7- Essas informações foram úteis, ou tiveram algum impacto no seu retorno para casa?

( ) sim ( ) não

8- Você sabe dizer quem foi o profissional que deu informações sobre a alta?

9- Foi lhe informado como seria a continuidade do seu tratamento na unidade de saúde?

( ) sim ( ) não



**Em ambos serviços**

10- As suas necessidades para seu cuidado e/ou cuidado do bebê foram atendidas em um tempo oportuno?

( ) sim ( ) não

11- Em algum momento lhe perguntaram suas considerações sobre o tratamento para você e/ou seu bebê?

( ) sim ( ) não

12- Você percebeu alguma fragmentação em seu tratamento entre saída da UBS para maternidade, no fim do pré-natal, ou na volta da maternidade após o parto, ou depois de seu internamento