



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ALCILÉA LEITE DE CARVALHO

SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS EGRESSOS
DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NA PERSPECTIVA
DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

FORTALEZA

2013

ALCILÉA LEITE CARVALHO

SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS EGRESSOS
DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NA PERSPECTIVA
DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite.

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- C321s Carvalho, Alciléa Leite de.
Seguimento de recém-nascidos egressos de unidade de terapia intensiva neonatal na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. / Alciléa Leite de Carvalho. – 2013.
103 f. : il. color., enc.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2013.
Área de Concentração: Epidemiologia.
Orientação: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite.
1. Recém-Nascido. 2. Integralidade. 3. Cuidado do Lactente. I. Título.

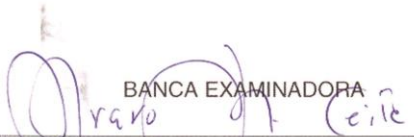
CDD 618.9201

ALCILÉA LEITE DE CARVALHO

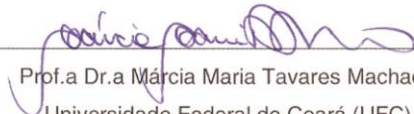
SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS EGRESSOS
DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NA PERSPECTIVA
DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

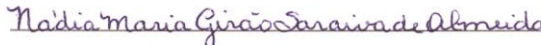
Dissertação apresentada à Coordenação
do Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, da Faculdade de
Medicina, da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre.

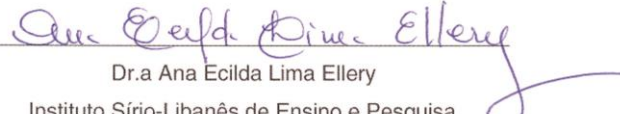
Aprovada em: 01/08/2013.


BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite (orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)


Prof.a Dr.a Márcia Maria Tavares Machado
Universidade Federal do Ceará (UFC)


Prof.a Dr.a Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida
Universidade Federal do Ceará (UFC) – Escola de Saúde Pública CE (ESP/CE)


Dr.a Ana Ecilda Lima Ellery
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

À minha filha,
Lígia,
de belos olhos morenos,
cuja existência enche minha vida de felicidade.

A Aloísio,
meu companheiro,
que, ao buscar, cotidianamente, vivenciar o “tempo da delicadeza”,
é o meu amparo em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À universidade pública que, a despeito de tantas dificuldades de financiamento, acolhe estudantes e pesquisadores, possibilitando assim a oferta e a construção do saber.

Ao meu orientador, prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite, pelo respeito ao tempo individual de elaboração da pesquisa, pelas poesias e pela fraterna condução de “mãos dadas”.

Às professoras doutoras Nádia Almeida e Márcia Machado, não apenas por participarem da minha banca, mas também pela disponibilidade, afetividade e pelas relevantes contribuições ao longo do mestrado, sem as quais a minha caminhada teria sido mais árdua.

Ao prof. Dr. João Amaral e à Dr.a Ana Ecilda, membros, respectivamente, das bancas de qualificação e defesa, pela leitura acurada do texto, indicando valiosas sugestões.

Ao prof. Dr. Herlânio Costa de Carvalho, referência de conhecimento na docência e no acompanhamento de pacientes, pelo constante incentivo ao longo do Mestrado.

Aos orientandos do prof. Dr. Álvaro, pelos bons momentos de convivência, em especial, à doutoranda Keila Márcia Menezes, por possibilitar a escolha do meu objeto de pesquisa.

Ao Dr. Luís Carlos Batista de Sousa, à Dr.a Lucília Falcão e aos colegas de mestrado, em especial a Emílio Rosseti e Thayza Miranda, pelo apoio nos momentos iniciais e finais da pesquisa.

A Liduína Lopes, pela paciência e solidariedade inigualáveis em todas as horas, e às funcionárias da secretaria do Mestrado em Saúde, Zenaide e Dominik, pela solicitude com as atividades administrativas do programa.

Ao prof. Vianney Mesquita, que, ao mesmo tempo em que fez a revisão ortográfica, enriqueceu o texto, melhorando sua leitura e o seu entendimento.

Às médicas que aceitaram participar da pesquisa; sem elas, esta teria sido inviabilizada.

RESUMO

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, preconiza o acompanhamento dos recém-nascidos de risco e de alto risco pelos ambulatórios de seguimento específicos, bem como pela atenção básica. Determina como de indiscutível relevância a interlocução entre os serviços e, ainda, na linha de cuidado perinatal, fundamenta os princípios assistenciais, na qual estão incluídas qualidade e integralidade. À vista disso, a pesquisa objetiva compreender aspectos da integralidade da atenção disponibilizada na rede de serviços de Fortaleza aos RN egressos de unidade de terapia intensiva neonatal, com suporte na percepção dos profissionais de saúde dos ambulatórios de seguimento neonatal. Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, no qual foram sujeitos da pesquisa seis médicas, que trabalham em quatro ambulatórios de seguimento de Fortaleza. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas e o material foi analisado conforme a técnica de análise de conteúdo. Os resultados foram apresentados em três categorias temáticas centrais: a) Fatores facilitadores da compreensão materna sobre o motivo do seguimento; b) O cotidiano de trabalho nos ambulatórios; e c) Percepção dos profissionais sobre o seguimento ofertado. Constata-se que a compreensão materna acerca dos motivos do seguimento guarda relação com as informações repassadas aos familiares durante o internamento e com a abordagem nas consultas de seguimento. O vínculo estabelecido entre o profissional e a família foi mencionado, tanto como facilitador do seguimento, como da compreensão materna sobre ele; e, também, foi definido como imprescindível, visto que os obstáculos estruturais ao acompanhamento de casos de maior complexidade são superados com iniciativas individuais dos profissionais, em que a responsabilização é o determinante para assegurar a condução, revelando assim as fragilidades estruturais nos serviços pesquisados. Existem dificuldades com uma agenda aberta, propiciadora de livre acesso ao ambulatório por parte das mães. Ao mesmo tempo, é relatada a frequente procura materna aos serviços fora da agenda programada. Por sua vez, a disponibilidade de uma equipe de seguimento compondo a estrutura do ambulatório foi apontada como facilitadora da atenção. O compartilhamento do seguimento com a Estratégia Saúde da Família é reconhecido como necessário, não existindo, no entanto, mecanismos institucionais de comunicação entre esses dois níveis de atenção. Logo, tal ausência, dentre outros aspectos, redundará na

constituição das mães e/ou dos familiares em interlocutores principais deste processo. Na pesquisa, evidenciou-se ausência de confiança na continuidade do cuidado fora da estrutura do ambulatório. As profissionais entrevistadas percebem uma melhoria na qualidade do atendimento ofertado ao longo dos últimos anos.

Palavras-chave: Seguimento de recém-nascidos. Integralidade. Atenção à criança.

ABSTRACT

In Brazil, the Ministry of Health, through the Secretariat of Attention to Health Care advocates the accompaniment of new born babies at risk and at high risk through the outpatient follow up clinics, as well as through basic care programs. The dialogue between these services and prenatal care is undisputedly relevant, when founded on the principles of care, those being quality and integrality. In light of this, the study aims at understanding aspects of integrality of the care given to newborns leaving neonatal intensive care units of the health care service network in Fortaleza. The study is supported by the perception of the health care staff members in the neonatal follow-up clinics. It is a qualitative case study in which six doctors were the subjects. These doctors work in four follow-up clinics in Fortaleza. Semi-structured individual interviews were used and the information collected was analyzed according to the content analysis technique. The results have been presented in three main categories: a) Factors facilitating the mother's understanding concerning the reasons for follow up; b) the daily work of the clinics and c) the perception of the doctors regarding the follow-up care which is offered. It was found that the mother's understanding of the motive for follow-up visits is related to the information given to the family during hospitalization and to the approach taken during the follow-up appointments. The tie established between the doctor and the family was mentioned as a facilitator to follow-up as well as the mother's understanding of it. It was also found that the doctors' individual initiatives were essential in overcoming the structural obstacles for follow-up visits in cases of greater complexity. In these cases accountability is a determining factor to ensure transportation to the clinic. This reveals the fragility of the service structures under study. There are problems with an open schedule which would allow mothers to have free access to the clinic. At the same time, mothers requesting services at unscheduled times was frequently mentioned. Thus, the availability of a follow-up team as part of the clinic's structure was pointed out as a facilitator for care giving. Sharing follow-up activities with the Strategic Family Health program is recognized as necessary, however the institutional mechanisms of communication between the two levels of health care are non-existent. Thus this lack, as well as other aspects, results in the mothers and/or relatives being the main interlocutors of this process. In the study, the lack of confidence in the continuity of the care outside the clinic's structure was evident. The

doctors who were interviewed have perceived an improvement in the quality of care offered during recent years.

Key words: Follow-up of newborns. Integrality. health care for children.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Funções dos Membros da Equipe Multidisciplinar	28
Quadro 2 - Esquema de abordagem ambulatorial para recém-nascido de muito baixo peso durante o primeiro ano de vida	30
Quadro 3 - Resumo do processo de manejo integrado dos casos	45
Quadro 4 - Perfil das profissionais entrevistadas	58
Quadro 5 - Categorias	59
Figura 1 - Caminhos para a Sobrevivência Infantil	47
Figura 2 - Modelo adaptado para a pesquisa	52

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

HGCC Hospital Geral Dr. César Cals

HGF Hospital Geral de Fortaleza

HIAS Hospital Infantil Albert Sabin

IAS Índice de Atenção à Saúde

ICC Índice de cuidado centrado na criança

MEAC Maternidade-Escola Assis Chateaubriand

RN recém-nascido

SBP Sociedade Brasileira de Pediatria

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI Unidade de Terapia Intensiva

UTIN Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 Geral	21
2.2 Específicos	21
3 O SEGUIMENTO DE EGRESSOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	22
3.1 A preparação para alta de recém-nascidos	22
3.2 A atenção após a alta	24
4 MODELO DE ATENÇÃO AOS EGRESSOS DE UTIN E A INTEGRALIDADE ..	37
5 ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA O CUIDADO INTEGRADO DE CRIANÇAS NA COMUNIDADE	44
5.1 A estratégia AIDPI	44
5.2 Caminhos para a Sobrevivência Infantil	46
6 PERCURSO METODOLÓGICO	49
6.1 Tipo de estudo	49
6.2 Protocolo do estudo	51
6.2.1 <i>Definição da população do estudo</i>	52
6.2.2 <i>Local de pesquisa</i>	53
6.2.3 <i>A questão para o estudo de caso</i>	54
6.2.4 <i>Procedimentos e técnicas de coleta de informações</i>	54
6.2.5 <i>Análise e interpretação do material</i>	55
6.3 Aspectos legais e éticos	57
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
7.1 Dados relacionados às profissionais entrevistadas	58

7.2 Categorias de análises	58
7.2.1 Fatores facilitadores da compreensão materna sobre o seguimento	59
7.2.2 O cotidiano de trabalho nos ambulatórios	71
7.2.3 Percepção dos profissionais sobre o seguimento ofertado	80
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	98
ANEXO	102

APRESENTAÇÃO

Quais motivações, para estudar seguimento de recém-nascidos, poderiam atrair uma médica com formação em Neonatologia, cujo exercício da clínica não ocorre em ambulatórios de especialidades? Um longo e tortuoso percurso foi cursado até a escolha do objeto de pesquisa.

Desde o início da pesquisa, minhas inquietações estavam voltadas para a atenção após a alta e nasceram exatamente deste universo desconhecido, pois se trabalha como plantonista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), desde a época em que se concluiu a residência em Neonatologia.

À vista disso, é importante enfatizar o significado deste espaço: o plantão. Este é avaliado como um lugar de tomada de decisões rápidas e, muitas vezes, estritamente protocolares. Nele, alternam-se noites de sobrecarga e pernoites de tranquilidade. *Grosso modo*, o resultado das nossas ações é construído de fotografias de um dado momento, como uma convulsão controlada por determinada medida terapêutica ou não; como uma gasometria que impôs uma mudança de parâmetros ventilatórios ou ajustes metabólicos.

A longa permanência de alguns pacientes, no entanto, permite compartilhar suas caminhadas, ou seja, vivenciar, junto com a equipe multiprofissional do plantão, as intercorrências, evoluções, alegrias e medos maternos e paternos, durante todo o internamento.

Desde o lugar onde se trabalha, pode-se dizer que, se por um lado a divulgação dos indicadores da UTIN releva o resultado do trabalho em equipe desenvolvido naquela unidade, por outra parte, o que ocorre após a alta passa a ser objeto dos ambulatórios de seguimento. As mães e pais, em geral, retornam e presenteiam a unidade neonatal com uma fotografia, cuidadosamente escolhida, para demonstrar os melhores momentos do desenvolvimento da criança.

A despeito de toda arte e do total carinho contidos na foto, isto não é suficiente para descrever o caminhar efetivado ao longo do seguimento. Quando observada atentamente, ela, entretanto, suscita várias inquietações acerca de como aquela criança é acompanhada por sua família e pelas instituições de saúde.

Olhando para os anos 2011 e 2012, tem-se outro contexto da vida profissional, vindo à minha memória o período que se esteve na gestão. Trabalhar em um hospital público com emergência pediátrica e obstétrica permitiu vivenciar muitas e necessárias mediações na interação de profissionais, usuários e gestão, envolvendo atendimento em urgência e emergência. Assim, muitas reclamações foram escutadas relativas à demora em efetivação de atendimento por parte de usuários e igualmente infinitas de profissionais, fazendo referência à sobrecarga de trabalho – todas muito justas.

Nos serviços de urgência, é observado um grande crescimento de busca por atendimento em situações que podem ser classificadas como “demandas ambulatoriais” (DESLANDES, 2009).

Pode-se dizer que se tem grande afinidade com o demonstrado por Deslandes (2009), que, após rever outros interlocutores, atribuí a este fenômeno baixa resolutividade da atenção básica, dificuldade de acesso, imediatismo pragmático da população e tantos outros fatores, sem negá-los, trazendo à tona outro debate. Para a autora, o que se configura na porta de urgência são três confrontos. Entre a lógica biomédica que delimita o não apenas o que é urgente como também a missão dos seus agentes, a lógica leiga dos usuários que estabelecem parâmetros próprios para justificar seu atendimento e o contexto real do sistema de saúde com sua oferta de serviço.

É certo que egressos de UTIN vivenciam a busca por atendimento nos ambulatorios de seguimento, na atenção básica e na porta de urgência. Aqui cabem várias perguntas entre elas as relacionadas a acessibilidade aos serviços e a qualidade da atenção ofertada. Tornou-se inquietante a seguinte indagação: como os profissionais médicos percebem a integralidade da atenção disponibilizada na rede de serviços de Fortaleza aos recém-nascidos egressos de UTIN?

Nesta perspectiva, a interação com o projeto denominado **ACESSIBILIDADE, UTILIZAÇÃO E QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE OFERTADA A CRIANÇAS EGRESSAS DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA/CE** ensejou permear o universo de múltiplos contextos assistenciais, que envolvem o seguimento de egressos de UTIN.

Um destes contextos é bem estabelecido pela linha de cuidado perinatal. A modalidade em foco orienta no sentido de que os recém-nascidos de alto risco sejam atendidos tanto em ambulatórios de seguimento específico, como na Atenção Básica, dispensando, assim, a este grupo de crianças a integralidade da atenção (BRASIL, 2011b).

Buscou-se, na pesquisa, aprofundar a temática de seguimento de egressos de UTIN, sob a perspectiva da oferta de uma atenção pautada nos princípios da integralidade. Infere-se, de saída, que existem obstáculos à efetivação deste acompanhamento, em razão de complexidade das questões envolvidas no seguimento de egressos de UTIN, muito embora o modelo de atenção à saúde proposto para Fortaleza reconhecesse a importância da atenção integral.

De acordo com o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, para o ano-base 2005, o modelo da gestão e atenção integral à saúde baseou-se nos princípios do SUS e apresentou a proposta de Redes como estruturantes. Com efeito, a ideia de Redes é mostrada como fortalecedora de novos processos organizacionais capazes de contribuir para o conhecimento, entendimento e realização de intervenções em situações complexas, as quais não seriam solucionadas por formas tradicionais de organização (FORTALEZA, 2005).

A temática da integralidade já foi brilhantemente explorada por uma variada gama de autores. Cita-se como exemplo a larga produção do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), cujo objetivo final é buscar estratégias de ação conjunta que contribuam para o desenvolvimento de referenciais teórico-metodológicos para estudos de experiências sobre integralidade e seus efeitos.

Já o seguimento de egressos de UTIN teve valiosos estudos anteriores entre os quais os de Meio *et al.* (2005) e Melo (2010), cuja leitura propiciou uma imersão nestas questões.

Na atenção pediátrica, a estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) enfocou na última década, prioritariamente, a mortalidade por doenças infecciosas, contribuindo desta forma para diminuição da mortalidade infantil. É considerada uma das principais intervenções disponíveis para melhoria das condições de saúde da infância. O manejo integrado proposto pela estratégia AIDPI propõe alterações na administração, organização e operacionalização dos

serviços de saúde. Portanto, a estratégia permite a oferta de atenção de maneira oportuna e integral (BRASIL, 2012).

Assim, esta dissertação foi em muito apoiada na revisão de literatura e, de forma especial, nos autores aqui citados. Faz-se referência à integralidade da atenção disponibilizada a recém-nascidos egressos de UTIN, com suporte na percepção dos profissionais médicos que trabalham nos ambulatórios de seguimento.

Note-se que foi feita escolha por escutar profissionais. Deslandes (2009) aponta que os serviços de saúde nem sempre são acessíveis ou efetivos, mas, neste cenário, travam-se relações entre profissionais, gestores, usuários e seus familiares, sendo o sofrimento profissional frequentemente banalizado. Assim, buscou-se penetrar neste universo distinto do materno que frequentemente é foco de atenção.

Por fim, este trabalho consta de uma introdução na qual é feita uma contextualização do problema, seguida da revisão de literatura. No término, enfoca a metodologia utilizada, ao que se sucedem os resultados e as considerações finais.

Espera-se que a pesquisa a ser exibida contribua para ampliar os conhecimentos sobre a atenção disponibilizada aos egressos de UTIN, durante o seguimento após a alta nos ambulatórios específicos na cidade de Fortaleza.

Tenciona-se, também, que tal conhecimento fortaleça a constituição da linha de cuidado perinatal em Fortaleza, destacando a integralidade, como um dos princípios do SUS.

1 INTRODUÇÃO

Os ambulatórios de seguimento, também chamados de *follow-up*, integram a rede de serviços de saúde na qual os egressos de unidades de terapia intensiva recebem atenção após a alta. Considerando que os avanços tecnológicos na área neonatal possibilitam maior sobrevivência de recém-nascidos (RN) expostos a múltiplas situações de risco, a continuidade do cuidado emerge como aspecto relevante na atenção a esses recém-nascidos, visto que, sendo potencialmente mais vulneráveis, precisam de atenção especializada e humanizada durante seu desenvolvimento.

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil preconiza o acompanhamento dos RN de alto risco, tanto em ambulatórios de seguimento específicos, bem como pela atenção básica, de acordo com a rede de serviços regionalizada. É determinada, como fundamental, uma interlocução dos serviços, para assegurar a continuidade do cuidado e a possibilidade de uma atenção integral (BRASIL, 2011b).

A mortalidade infantil ainda é um problema de saúde pública no Brasil, no entanto, os RN de alto risco constituem um conjunto de crianças que provavelmente tiveram a sobrevivência assegurada em função de investimentos públicos, objetivando a diminuição da mortalidade infantil. Considerando o período constituído desde 1990, ano-base para comparação dos objetivos de desenvolvimento do milênio, até 2008, é verificada uma redução nacional média de 58% na taxa de mortalidade infantil no País (BRASIL, 2011b). A mortalidade neonatal é um importante componente da mortalidade infantil, visto que, em 2008, as mortes neonatais foram responsáveis por 68% dos óbitos infantis no Território nacional. No Brasil, evidencia-se um decréscimo anual da mortalidade neonatal entre 2000 e 2008 (3,2% ao ano), sendo este menor do que a mortalidade pós-neonatal, que corresponde a 8,1% ao ano (VICTORA *et al.*, 2011).

Em 2009, o Ministério da Saúde assumiu como meta a redução da mortalidade neonatal, tendo sido traçado o objetivo de reduzir em 5% as taxas de mortalidade neonatal no Nordeste e na Amazônia Legal (BRASIL, 2011b).

A análise das causas perinatais de mortes infantis possibilita identificar o fato de que 61% destas mortes estão associados à prematuridade, a exemplo da síndrome do desconforto respiratório, hipóxia e outros problemas respiratórios

(SILVEIRA *et al.*, 2008). A asfixia neonatal, além de ser uma das principais causas de morbidade hospitalar de RN, ainda determina sequelas graves posteriores (BRASIL, 2011b).

Recentemente, uma tendência de aumento na prematuridade no Brasil é descrita por vários estudos, como Silveira *et al.* (2008) e Bettioli, Barbieri e Silva (2010). Esse crescimento torna a monitorização do nascimento pré-termo tarefa de fundamental importância para o controle da mortalidade infantil, visto que, além dos impactos na morbidade e mortalidade infantil, ainda repercute nos custos diretos do setor saúde decorrentes do manejo do nascido vivo prematuro (SILVEIRA *et al.*, 2009).

Um investimento no setor público é direcionado para criação de unidades neonatais no Brasil. Exemplo disto é o aumento do número de leitos dessas unidades de “5,3 por 10.000 nascidos vivos (sic) em 1999 para 25,2 em 2010” (VICTORA *et al.*, 2011, p. 43).

Durante os últimos 15 anos, a proporção de nascimentos prematuros compreendidos entre 34 e 36 semanas e seis dias aumentou de 7,3 % do total de nascimentos em 1990 para 9,1 % em 2005 nos EUA. As razões desse aumento não são completamente conhecidas. O avanço das tecnologias reprodutivas e o crescimento da vigilância e das intervenções médicas durante a gravidez em decorrência dos avanços na prática obstétrica são hipóteses que justificam este aumento (ENGLE; TOMASHEK; WALLMAN, 2007).

Em Fortaleza, os determinantes da mortalidade neonatal foram investigados por meio de estudo caso-controle com suporte em dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e SINASC. As mortes neonatais, nessa casuística, foram associadas ao tempo requerido para o deslocamento de casa até o hospital, ao tempo decorrido entre a internação e o parto, à qualidade da assistência pré-natal e da assistência direta ao trabalho de parto, ao baixo peso ao nascer e à prematuridade (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

Estudo anterior efetuado por Castro (2004), também em Fortaleza, mostrou que a mortalidade hospitalar dos RNMBP foi de 51,2%. Observou-se uma diminuição da mortalidade à medida que aumentava a faixa de peso, sendo mais acentuada essa redução entre o grupo de 1001-1250g e 1251-1500g, correspondendo a 50,8%. A sobrevivência dos recém-nascidos com peso inferior a 1000g é muito baixa, correspondendo a apenas 20,7% (CASTRO, 2004). Desse

modo, evidencia-se que, quanto maior o peso ao nascer, menor a probabilidade de evolução para óbito.

Os avanços tecnológicos e esforços colaborativos de obstetras e neonatologistas concorrem para maior sobrevivência de recém-nascidos de baixo peso. Em contraposição à queda na mortalidade neonatal, surgem sequelas para o prematuro, tais como paralisia, broncodisplasia e prejuízos sensoriais, como os visuais e auditivos (BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010).

Importante é perceber que o perfil ora descrito determina a necessidade de atenção especializada após a alta hospitalar. Os internamentos após alta depois do nascimento, principalmente em decorrência de problemas respiratórios, são de duas a três vezes mais comuns nos prematuros do que nos nascidos a termo (BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010). Outro relato que demonstra a relevância para o cuidado após a alta são os achados da coorte de 2004, em Pelotas/RS. Foi encontrado um risco de morrer no primeiro ano de vida cinco vezes maior entre crianças com 34 a 36 semanas de idade gestacional do que entre aquelas nascidas a termo (SILVEIRA *et al.*, 2008).

Nesta pesquisa, procurou-se compreender a integralidade da atenção disponibilizada na rede de serviços de Fortaleza aos egressos de UTIN, com apoio na percepção dos trabalhadores médicos que atendem nos ambulatórios de seguimento.

Os resultados poderão contribuir na orientação de ações voltadas para qualificar a atenção ofertada a essas crianças que, em virtude de sua vulnerabilidade e risco de morrer, carecem de uma atenção embasada nos princípios da integralidade do cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender aspectos da integralidade da atenção disponibilizada na rede de serviços de Fortaleza aos RN egressos de unidade de terapia intensiva neonatal, com suporte na percepção dos profissionais de saúde dos ambulatórios de seguimento neonatal.

2.2 Específicos.

- 1- Conhecer as percepções dos profissionais que atendem nos ambulatórios de seguimento sobre o conhecimento materno acerca da indicação do acompanhamento dos seus filhos.

- 2- Compreender, com base na percepção do profissional de saúde, como se desenvolve a comunicação entre as mães e os ambulatórios de seguimento na demanda não agendada.

- 3- Verificar os aspectos, apontados pelos profissionais, que facilitam e dificultam o desempenho do seguimento do recém-nascido.

- 4- Descrever como os ambulatórios de seguimento de recém-nascidos egressos de unidades de terapia intensiva neonatal de Fortaleza/CE se integram à Rede Básica de Saúde em cumprimento ao princípio da integralidade da atenção.

3 O SEGUIMENTO DE EGRESSOS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

3.1 A preparação para alta de recém-nascidos

A preparação para o seguimento posterior deve ter início ainda na unidade neonatal. Apesar deste enfoque, uma revisão de literatura realizada por Smith *et al.* (2013) sugere que as famílias frequentemente não estão bem preparadas para alta hospitalar de seus recém-nascidos de alto risco.

A inexistência deste preparo para alta traz várias implicações no seguimento pós-alta, entre as quais duas estão diretamente relacionadas à mãe: a menor habilidade para cuidar dos filhos e a ausência de confiança no exercício deste cuidado. Citam-se também repercussões sobre os custos com a saúde, visto que tais familiares, ao vivenciarem uma situação de despreparo, tendem tanto a procurar os serviços de urgência com maior frequência como a internar mais seus filhos – sem se falar nos custos associados às faltas ao trabalho (SMITH *et al.*, 2013).

Note-se que, ao se falar das questões inerentes às habilidades de familiares para ofertar cuidados de qualidade, não estão sendo minimizadas as responsabilidades das instituições de saúde, as quais serão abordadas posteriormente.

Em relação à alta de prematuros, o Departamento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) preconiza que esta deve ocorrer mediante a conclusão do plano de alta, quando o recém-nascido demonstrar estabilidade fisiológica e após a constatação de que pais e cuidadores estão treinados com os conhecimentos e habilidades propiciadores do cuidado em domicílio, competindo ao neonatologista a escolha do melhor momento para iniciar as orientações sistematizadas referentes a alta hospitalar (PEREIRA, 2012).

O preparo para alta deve ocorrer o mais precoce possível e ao longo de todo o internamento. A importância do aprendizado adquirido por membros familiares de recém-nascidos de risco ainda no ambiente hospitalar, especificamente nas unidades neonatais, bem como a necessidade do compartilhamento dos cuidados por estes e pela equipe de saúde, foram reconhecidas por vários autores, entre os quais podem ser citados Oliveira (2012), Smith *et al.* (2013), Montirosso *et al.* (2012) e Coughlin, Gibbins e Hoath (2009).

Estudo de revisão realizado por Coughlin, Gibbins e Hoath (2009) identifica cinco medidas fundamentais de suporte ao neurodesenvolvimento, que devem ser implantadas durante o internamento: medidas de proteção ao sono, prevenção e manuseio da dor, cuidados diários com o bebê de forma contingente, cuidado com o ambiente e cuidados centrados na família. De acordo com os autores, implantá-las acarreta melhorias no cuidar do desenvolvimento no espaço de UTIN.

Acrescente-se a ideia de que, de acordo com Oliveira (2012), a qualidade da interação e o comportamento dos pais influenciam o desenvolvimento infantil. A sincronia destes dois segmentos é apontada como fundamental para melhorar a competência socioemocional e cognitiva aos dois anos de idade entre prematuros de muito baixo peso ao nascer.

Uma das formas de estimular esta sincronia é o cuidado centrado na família, cuja definição é apresentada por Coughlin, Gibbins e Hoath (2009) como uma filosofia que reconhece como significativa a parceria estabelecida entre família e profissionais para prover cuidados aos recém-nascidos.

Em uma perspectiva de debater o suporte ao desenvolvimento no ambiente de UTIN, Oliveira (2012) expressa de forma conjunta os cuidados diários com o bebê e os cuidados centrados na família, conforme explicitado na sequência.

- A família deve ter acesso garantido à UTIN durante 24 horas do dia, sem restrições.
- A equipe deve promover a interação família/bebê precocemente.
- A família deve receber oportunidades de contato pele a pele (método canguru) o mais precocemente possível.
- O aleitamento materno deve ser incentivado.
- A pele deve ser preservada e protegida durante a aplicação e remoção de adesivos.
- A comunicação entre equipe e família deve ser orientada para ações que promovam um entendimento claro da informação técnica.
- A participação da família deve ser estimulada nas atividades diárias, como banho e troca de fraldas.

- A família deve dispor de profissionais como psicólogo e assistente social, que atendam suas necessidades específicas durante o internamento.
- A equipe deve ser elemento facilitador da interação pais-bebê, utilizando o conhecimento técnico disponível, e da presença dos pais na UTIN.

Uma experiência brasileira que privilegia nas suas etapas de desenvolvimento o preparo para alta é a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Instituído no Brasil em junho de 2000 por meio de Portaria Ministerial, o método estabelece que sejam desenvolvidas ações educativas antecedendo a alta, que preparem as famílias para o cuidado em domicílio (BRASIL, 2011c).

Destaca-se o fato de que tais ações têm caráter progressivo, de forma que na primeira etapa é buscado propiciar à mãe não apenas a participação nos cuidados com o filho, como também o desenvolvimento de um sentimento de pertença para com ele. Já ao fim da segunda etapa, a decisão da alta deve ocorrer de forma compartilhada entre equipe, mãe, pai e a rede familiar de apoio (BRASIL, 2011c).

Por fim, o preparo para alta e envolvimento da equipe e de familiares neste momento impõe-se como prática propiciadora de qualificação da atenção em domicílio. Deve ter início ainda na unidade neonatal, porque o tratamento bem-sucedido vai além da sobrevivência, devendo incluir a constituição de vínculos com a família facilitadores de permanência do aleitamento materno quando possível e dos cuidados após a alta (BRASIL, 2011c).

3.2 Atenção após a alta

A agenda de compromissos para com a saúde integral da criança e a diminuição da mortalidade infantil recomenda, no período pós-alta hospitalar, prioridade e vigilância à saúde a dois grupos de RN, classificados como de risco e de alto risco. Explicitar os critérios utilizados para identificação destes dois grupos é importante para conhecer melhor como deve operar a rede de vigilância à saúde na atenção perinatal. Segundo a Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança, os critérios seguintes definem a condição de risco.

- RN de risco – baixo nível socioeconômico, história de morte de criança menor de cinco anos na família, criança explicitamente indesejada, mãe adolescente (menor de 20 anos), RN pré-termo (menor de 37 semanas), RN com baixo peso ao nascer (menor que 2500g) e mãe com baixa instrução (menos de oito anos de estudo).
- RN de alto risco – RN com asfixia grave (Apgar menor do que sete no quinto minuto), RN pré-termo de menos de 2000g, RN de menos de 35 semanas de gestação, RN com outras doenças graves.

A Sociedade Brasileira de Pediatria considera que todo recém-nascido pode ser de risco, porém, baseada nos critérios encontrados na maioria dos serviços de seguimento, elege os grupos seguintes como pertencentes ao grupo de risco:

- asfixia perinatal grave;
- infecções congênitas (rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes, Lues, doença de Chagas, parvovirose);
- infecções adquiridas (sepse, meningite, osteomielite, enterocolites necrosantes com ressecções);
- cromossomopatias;
- síndromes genéticas;
- malformações graves;
- hidropsia fetal imune e não imune;
- RN submetido à exsanguineotransusão;
- filhos de mãe diabética; e
- RN de muito baixo peso ao nascer.

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil preconiza o acompanhamento dos RN de alto risco, tanto em ambulatórios de seguimento específicos, como pela atenção básica. Determina como de indiscutível relevância uma interlocução dos serviços para assegurar a continuidade do cuidado e a possibilidade de uma atenção integral. Para orientar a prestação de serviços na rede de atenção, defende o estabelecimento de um fluxo para delinear a linha de cuidado perinatal (BRASIL, 2011b).

A linha de cuidado perinatal traz sete princípios assistenciais, incluindo qualidade, integralidade, resolutividade e continuidade do cuidado até a resolução completa dos problemas, integração da rede de saúde e outros setores e a vigilância à saúde, dirigida para pessoas com maior vulnerabilidade, buscando minimizar danos, por meio de ações como, por exemplo, a busca ativa (BRASIL, 2011b).

A vigilância à saúde começa antes do nascimento, com ações como acompanhamento pré-natal iniciado em momento oportuno, busca ativa para início do pré-natal, vinculação da gestante à maternidade, acolhimento imediato no hospital onde será realizado o parto e garantia de acesso a leitos de alto risco pela mãe e pelo bebê por intermédio da Central de Leitos (BRASIL, 2011b).

Merece fazer-se referência ao fato de que a vinculação da gestante ao parto é assegurada pela Lei nº 11.634, de 17 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2011a). O artigo primeiro determina que toda gestante assistida pelo SUS tenha direito e conhecimento prévio da maternidade na qual será realizado o seu parto e em qual maternidade será atendida nas intercorrências pré-natais.

Entre as ações de vigilância à saúde do RN após alta, a Secretaria de Atenção à Saúde orienta a captação após a alta hospitalar, a identificação do RN de risco, a visita domiciliar na primeira semana após o parto e a primeira consulta na primeira semana de vida com marcação de retornos de acordo com a necessidade.

Com relação aos RN de alto risco, é recomendado que sejam acompanhados até pelo menos o segundo ano de vida, sendo desejável o acompanhamento até o quinto ano de vida. O acompanhamento, conforme já referido, deve ser feito no ambulatório de atenção especializada e pela atenção básica (BRASIL, 2011b).

Revisando a história do aparecimento de acompanhamento de egressos de unidades neonatais, Meio *et al.* (2005) relatam que o interesse por esse seguimento teve início nos países desenvolvidos na década de 1970. Ante questionamentos sobre a evolução destas crianças, são montados serviços de seguimento, inicialmente, com intuito de pesquisa. No Brasil, aproximadamente dez anos depois, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, no Hospital dos Servidores do Estado e no Hospital Fernandes Figueira, surgiram grupos isolados com o objetivo de prestar assistência aos egressos de unidades de terapia intensiva neonatal. Data do mesmo período a formação do Comitê de *Follow-up* do Recém-Nascido da

Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro. É possível que em diferentes serviços de várias regiões do Brasil tenham ocorrido movimentos semelhantes.

O seguimento tem como objetivo, de acordo com o preconizado pela Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011c):

- promover supervisão à saúde com orientações quanto à nutrição, crescimento e desenvolvimento;
- ofertar suporte emocional à família;
- avaliar riscos ao crescimento e desenvolvimento;
- promover intervenção precoce e efetiva no crescimento e desenvolvimento, com técnicas de estimulação essencial e orientação interdisciplinar; e
- inserir os recém-nascidos prematuros na sociedade como bem adaptados funcionais e com boa qualidade de vida.

Para acompanhamento no ambulatório especializado, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que o seguimento seja feito por uma equipe multidisciplinar. Além de um pediatra com formação e experiência em Neonatologia e seguimento, a equipe deve ser composta por enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social.

É, ainda, recomendada uma equipe de reabilitação, composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Em conjunto com a equipe de referência do ambulatório, respeitando a individualização do cuidado, poderão também acompanhar as crianças neurologista, oftalmologista, pneumologista, gastroenterologista e cardiologista (CARDOSO; FALCÃO, 2004). O quadro seguinte especifica a função de cada membro da equipe.

Quadro 1 – Funções dos Membros da Equipe Multidisciplinar

FUNÇÕES DOS MEMBROS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	
Membro	Funções
Neonatologista/Pediatra	<ul style="list-style-type: none"> ■ É responsável direto pelo seguimento da criança de risco e coordenador da Equipe Multidisciplinar.
Enfermeiro	<p>Atua:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ na orientação quanto à administração de fármacos (conservação, diluição e vias de administração); ■ nos cuidados com sondas (entéricas e ostomias) e cateteres; ■ na orientação quanto ao ambiente domiciliar.
Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orienta o cardápio, adequando necessidades calóricas e proteicas prescritas pelo médico e em relação a fatores culturais e econômicos. ■ Ensina a fazer trocas de alimentos.
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acompanha o desenvolvimento da criança. ■ Presta suporte psicológico aos pais e/ou cuidadores.
Assistente social	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orienta a busca de recursos, serviços e locais onde possam ser oferecidos os cuidados necessários ao pleno atendimento da criança, muitas vezes auxiliando para que a família não necessite se deslocar em excesso.
Fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acompanha o crescimento e desenvolvimento, principalmente da parte motora. ■ Presta atendimento fisioterápico geral e específico (motor, ortopédico, respiratório, etc.). ■ Ensina alguns passos básicos para que os pais e/ou cuidadores apliquem em casa.
Terapeuta ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atua em conjunto com o fisioterapeuta e o fonoaudiólogo, mostrando os vários exercícios de uma forma mais lúdica para a criança.
Fonoaudiólogo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acompanha os testes auditivos e o crescimento da face e vias aéreas da criança. ■ Interfere precocemente em distúrbios da fala.

Diversos saberes e funções devem atuar de forma articulada, de modo que a organização do seguimento é fundamentada no trabalho em equipe. Em situação ideal, cabe ao neonatologista, que já estabeleceu vínculo com a família e conhece a criança, a coordenação do cuidado (SILVEIRA, 2012).

Somando-se ao debate acerca dos atributos da coordenação de cuidados, alguns autores também explicitam o conceito de profissional e equipe de referência, como um modo de atuar de forma interdisciplinar, centrando o foco de atenção no paciente, como assim definido:

A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400)

Os programas-padrão da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde recomendam acompanhamento rigoroso e sistemático dos prematuros até os três anos de idade. Propõe para o Brasil acompanhamento alinhado a puericultura e supervisão de saúde até os seis anos de idade. Questões específicas da faixa escolar e adolescência ocorrerão de acordo com as demandas individualizadas (BRASIL, 2011b).

Não ofertando uma consulta pediátrica habitual, a organização do programa de seguimento atua de forma supervisionada e interdisciplinar. Atenção diferenciada às situações de exceção, a exemplo de reinternações hospitalares frequentes, baixo potencial de entendimento materno e atraso no desenvolvimento deve ser assegurada por meio de retornos antecipados ao serviço (SILVEIRA, 2012).

O Departamento Científico da SBP propõe como uma das formas de aferir a qualidade do atendimento ambulatorial que sejam avaliadas as perdas ou falhas às consultas. Assim, traz como fundamental a implementação de medidas, visando a reduzir o absenteísmo (SILVEIRA, 2012).

O Manual de Seguimento do Recém-Nascido de Risco da Sociedade Brasileira de Pediatria propõe, também, um esquema de abordagem ambulatorial no primeiro ano de vida, conforme a tabela indica. Após o primeiro ano, as consultas

passam a ser semestrais, até o quarto ano, e a seguir, anuais, do quarto ano até a puberdade.

Quadro 2 – Esquema de abordagem ambulatorial para recém-nascido de muito baixo peso durante o primeiro ano de vida

Idade corrigida	2-3 dias após alta	40 sem	1 mês	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	8 meses	10 meses	12 meses
Consulta ambulatorial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Antropometria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ultrassonografia de crânio		X		X							
Mapeamento da retina		X		X		X		X			X
Avaliação auditiva		X						X			X
Radiografia de ossos longos		X			X						X
Determinação de Ca, P, FA séricas		X						X			X
Hemograma com reticulócitos		X			X			X			X
Determinação de ferritina		X						X			X

Fonte: CARDOSO; FALCÃO, 2004, p. 191.

A rede de atenção à criança deve estar organizada de forma a permitir articulação com os serviços de urgência (vigilância à saúde da criança que necessitou de um atendimento de urgência), desenvolvendo mecanismos de comunicação, sejam eles os relatórios de contrarreferência ou formatos outros, mas que propiciem melhores resultados de saúde, inclusive evitando novas internações.

Igual mecanismo de comunicação é preconizado após a alta hospitalar para crianças com maior risco de morbimortalidade (BRASIL, 2004).

Na qualidade de política, a articulação das redes de atenção e a elaboração da linha de cuidado da criança expressam recomendações bem definidas. Em que medida as orientações ocorrem no cotidiano dos serviços de saúde é um questionamento necessário, haja vista a importância da implantação das medidas para assegurar um acompanhamento de qualidade aos egressos de UTI neonatal.

Estudo realizado no Paraná descreve uma vulnerabilidade do sistema de saúde referente à assistência à criança prematura e de baixo peso após a alta de UTI neonatal, sendo esta uma vulnerabilidade programática decorrente da fragilidade de intervenções e vínculos entre a atenção especializada e básica. Dois outros componentes de vulnerabilidade são postos, entre os quais o da criança, pelas questões inerentes a prematuridade e baixo peso e o das famílias diante de uma situação de rearranjo para cuidar de um egresso de UTIN (VIEIRA; MELO 2009).

Pensar na existência de vulnerabilidade institucional é questionar se os serviços, que atendem os RN no pós-alta, dispõem da totalidade de recursos tecnológicos para atender as necessidades de saúde nas diversas intercorrências clínicas, respeitando a singularidade de cada família e de toda criança. Sendo assim, esta vulnerabilidade tenderia a ser minimizada se a prática assistencial ocorresse dentro de uma rede de serviços integrados com fluxos bem estabelecidos e com competências pactuadas, conforme recomendado pela agenda de compromissos com a criança.

Na tessitura de uma rede de serviços, os fluxos são de fundamental importância na garantia de continuidade do cuidado. Vieira e Mello (2009) descrevem em seu estudo famílias indo para casa com fichas de encaminhamentos após ter sido delegada a tarefa de agendar as consultas, sem haver um contato ou intervenção entre os serviços.

Durante o atendimento do recém-nascido, é provável que muitas demandas singulares ocorram e requeiram projetos terapêuticos que ultrapassem os muros dos ambulatórios de *follow-up*, necessitando de um apoio, ora da urgência e emergência, ora da atenção básica ou das redes sociais. Não apenas os arranjos institucionais, no entanto, devem estar postos, mas o profissional carece estar

sensibilizado para perceber os casos singulares e trabalhar em um ambiente propiciador da oferta de uma atenção humanizada e integral.

A família, por sua vez, busca atendimento para seus parentes. Gerhardt (2006) descreve que a procura por cuidados está condicionada tanto pelas atitudes, valores e ideologias, quanto pelos perfis da doença, acesso econômico e disponibilidade de tecnologias. Acrescenta que, para conhecer como as pessoas enfrentam a doença, se faz necessário analisar seus itinerários terapêuticos, com origem nos contextos onde eles tomam forma.

Prematuros são vulneráveis a amplo espectro de morbidades. Aquelas resultantes de complicações médicas da prematuridade contribuem, entre outros determinantes, com aumento do número de internamentos e atraso no neurodesenvolvimento. Podem ser citadas como morbidades resultantes dos cuidados pré-termos: displasia broncopulmonar, leucomalácia periventricular, sequelas de enterocolite necrosante, hemorragia peri-intraventricular, sequelas de infecções hospitalares, comprometimento da visão e da audição (BRASIL, 2011c). A presença de displasia broncopulmonar, por exemplo, aumenta a morbidade pulmonar e pode evoluir para pneumopatia crônica, sibilância e pneumonias de repetição, ocasionando múltiplas hospitalizações (CARDOSO; FALCÃO, 2004).

O perfil clínico das crianças egressas de unidades de terapia intensiva neonatal repercute na qualidade de vida e nas demandas diagnósticas e terapêuticas durante o seu seguimento.

Leite (2007) assinala que, cada vez mais, se tende a valorizar indicadores que revelam a condição clínica da alta; ou seja, conhecer índices de RN sem hemorragia intracraniana, retinopatia da prematuridade, surdez, paralisia cerebral e epilepsia complexa. Tais índices podem servir como meta ou como parâmetro de comparação entre unidades.

São descritas elevada incidência de problemas respiratórios e altas taxas de internamento no primeiro ano de vida entre crianças prematuras. Estudo de coorte prospectivo realizado na cidade do Rio de Janeiro/RJ envolvendo neonatos com peso de nascimento menor do que 1.500 g e idade gestacional menor do que 34 semanas descreve que o percentual de 25% da amostra estudada necessitou de internamentos por problemas respiratórios no primeiro ano de vida (MELLO; DUTRA; LOPES, 2004).

Estudo realizado com amostra composta por 53 recém-nascidos de muito baixo peso encontrou incidência de 30,2% de reinternamento nos seis primeiros meses de idade cronológica. Dentre os motivos referidos pelas mães para novos internamentos, se destacam as infecções do trato respiratório, que representam 56,3% dos casos, seguidas de intoxicação medicamentosa, conjuntivite, síndrome *pertussis*, correção de hérnia inguinal, derivação ventriculoperitoneal e infecção urinária, indicando cada uma 6,3 % dos casos (HAYAKAMA *et al.*, 2010).

Com relação à demanda por internamentos no período de seguimento, o grupo de pré-termos moderados merece atenção especial. Estudo realizado nos EUA descreve uma taxa de reinternamento neste grupo superior ao encontrado entre outros, inclusive entre os prematuros extremos. As razões destes internamentos após a alta de nascimento podem ser justificadas em 71% dos casos pela icterícia e em 20% para seguimento por suspeita de sepse (ENGLE; TOMASHEK; WALLMAN, 2012).

O acompanhamento ambulatorial de qualidade e o aleitamento materno mostram-se como importantes focos de atenção para prevenção de reinternações. Estudo realizado no Paraná mostrou maior incidência de internamento entre bebês que não estavam em seguimento ambulatorial (HAYAKAMA *et al.*, 2010).

A importância da amamentação exclusiva de prematuros é bem descrita na literatura. De acordo com Braga, Machado e Bosi (2008), para ocorrência de sucesso no aleitamento deste grupo, é de fundamental importância que dois pontos sejam expressos: o desejo da mãe para amamentar e a atuação dos serviços e profissionais de saúde.

No concernente à atuação de profissionais, estudo com o objetivo de conhecer as percepções e práticas das Equipes de Saúde da Família sobre o seguimento de recém-nascidos de alto risco evidenciou que todas consideravam essencial esta prática. Revelou-se como uma questão marcante para estas equipes o manejo dos mitos relacionado ao aleitamento materno e pouco ganho de peso durante o acompanhamento de prematuros e RNBP (BUCCINI *et al.*, 2011).

É reconhecida uma dicotomia entre o determinado pelas diretrizes de atenção ao bebê de risco e a realidade encontrada na efetivação do seguimento (BUCCINI *et al.* 2011; VIEIRA; MELLO, 2009). Com relação aos recém-nascidos de muito baixo peso, um dos constituintes do alto risco, as famílias com piores condições socioeconômicas e as mulheres com maior número de filhos são fatores

associados a uma não adequada assistência no primeiro ano de vida (MELO *et al.*, 2013). As orientações para o acompanhamento, bem como as dificuldades encontradas, são fartamente descritas pela literatura.

Faz-se necessário conhecer como está estruturada a rede de atenção em Fortaleza. Para identificar os componentes da rede, exceto os ambulatórios de seguimento, são tomados como referência os relatórios da gestão da Secretaria Municipal de Saúde dos anos 2005, 2006 e 2007.

O relatório da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza referente ao ano 2005 expressa uma crítica ao modelo de atenção encontrado, visto que esse teria inviabilizado a efetivação de princípios fundamentais do SUS, como acessibilidade, integralidade da atenção, resolutividade, hierarquização da rede, participação e controle social (FORTALEZA, 2005), e, com base nesta reflexão, propôs a elaboração do Sistema Municipal de Saúde, adotando como marco teórico o modelo de atenção integral à saúde. À vista disto, enunciou:

[...] a organização e o desenvolvimento do modelo de atenção da Administração Municipal de Fortaleza, gestão 2005/2008, tem como objetivo central cuidar, no sentido de 'prestar atenção em; fazer realizar (alguma coisa) com atenção; preocupar-se com, interessar-se por, responsabilizar-se por (algo); tomar conta' das necessidades em saúde da população local. A construção do modelo de atenção integral à saúde viabiliza-se, portanto por um novo pensar e fazer saúde mediante o desenvolvimento de novo processo de trabalho. (FORTALEZA, 2005, p. 33).

O novo modelo de atenção proposto pela Secretaria de Saúde de Fortaleza, apoiado no relatório da gestão, propõe que o processo de trabalho seja concretizado no campo da gestão, da assistência, do ensino e da pesquisa em saúde. Entre as ferramentas apontadas para efetivação, mencionou-se a referência e a contrarreferência com base na complementaridade da atenção e a articulação inter-setorial.

Em Fortaleza, a ideia de rede é expressa como capaz de potencializar o modelo de atenção integral à saúde, sendo propostos arranjos organizacionais de cinco redes assistenciais: Estratégia de Saúde da Família, atenção especializada, urgência e emergência, assistência hospitalar, assistencial de saúde mental.

Merece ser destacado o fato de o relatório de gestão 2005 relatar que um dos entraves para realização plena dos princípios e diretrizes do SUS decorre da formalidade e burocratização das estruturas administrativo-financeiras, o que

dificulta a tomada de decisão. No intuito de superar este problema, é proposto pela Secretaria o desenvolvimento da inteligência epidemiológica e inteligência da gestão, que junto com as redes assistenciais, vão compor o modelo da gestão de Fortaleza (FORTALEZA, 2005). O modelo da gestão proposto no relatório do ano 2005 é apresentado como elaboração, tanto no relatório de 2006 como em 2007.

Com suporte nos relatórios de 2006 e 2007, é possível, especificamente na área programática saúde da criança, a reafirmação do modelo referido. Assim, a área programática desenvolveu ações em busca de fortalecer os princípios norteadores do cuidado com crianças e adolescentes, entre os quais ação intersetorial, acolhimento e assistência integral. Os relatórios dos anos 2006 e 2007 apontam as seguintes ações voltadas para a população pediátrica, porém estabelecem relação com o recém-nascido de risco:

- lançamento da Caderneta de Saúde da Criança, objetivando acompanhar crescimento e desenvolvimento, incentivar aleitamento materno, imunização, ações específicas para crianças com patologia de risco e facilitar o acompanhamento pela equipe da Saúde da Família;
- organização da primeira Semana de Saúde Integral;
- desenvolvimento de um *software* para acompanhamento de recém-nascidos de risco – por meio dele, cada distrito de saúde faz monitoramento destas crianças com o fim de facilitar seguimento, visita domiciliar, captação precoce e atendimento prioritário;
- monitoramento por intermédio de indicadores, entre os quais a internação hospitalar;
- implementação do Comitê de Prevenção de Mortalidade Infantil em todas as secretarias executivas regionais de Fortaleza; e
- implantação do acolhimento com classificação de risco em todas as unidades de saúde e unidades hospitalares da rede própria do Município

Ainda nos relatórios da gestão referentes aos anos de 2006 e 2007, são identificadas ações específicas para recém-nascidos de risco, entre as quais podem ser citados os investimentos do Município de Fortaleza em qualificação dos leitos de unidades neonatais nas maternidades da rede própria (dados de 2006). O relatório de 2007 faz referência ao desenvolvimento de um processo de educação

permanente, tendo como público-alvo os profissionais da rede assistencial de Saúde da Família, com o teor voltado para o atendimento ao recém-nascido de risco.

O acolhimento com classificação, implantado em 2006, tanto na atenção básica como na atenção hospitalar, é um dispositivo com potencial de fortalecer os fluxos entre a atenção básica, a atenção especializada e a porta de urgência. Não se sabe, entretanto, em que medida tal dispositivo vem obtendo pleno êxito.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma que a resolubilidade e a continuação do cuidado sejam asseguradas. Deve ser capaz de estabelecer relação com outros serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos quando estes forem necessários (BRASIL, 2009a).

Em Fortaleza, portanto, é possível reconhecer, com suporte nos relatórios da gestão, que os dispositivos articuladores dos fluxos de encaminhamentos no sistema são o acolhimento com classificação de risco e as centrais de regulação de leitos e consultas.

4 MODELO DE ATENÇÃO AOS EGRESSOS DE UTIN E A INTEGRALIDADE

Os modelos de atenção aplicados à saúde, de acordo com Testa (1993, *apud* PINHEIRO; LUZ, 2007), buscam organizar os processos de trabalho de seus serviços por meio de administração de recursos materiais, humanos e financeiros.

De maneira geral, tais modelos são idealizados por planejadores ou gerentes, que objetivam materializar ou fazê-los acontecer por meio de normas ou regras previamente estabelecidas (PINHEIRO; LUZ, 2007). O modelo de atenção voltado para RN de alto risco está desenhado na linha de cuidado perinatal definida pelo Ministério da Saúde. Existem elementos deste modelo, tanto na estratégia AIDPI, inclusive no seu componente neonatal e nos manuais de atenção ao recém-nascido, publicados pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde.

Todo modelo busca o alcance pleno de seus objetivos no cotidiano do trabalho em saúde, todavia a argumentação de Pinheiro e Luz (2007) refere-se a duas dificuldades no alcance dos objetivos planejados. A primeira é a existência ou não de condições materiais, institucionais e informacionais necessárias à implantação do modelo. A segunda diz respeito ao desencontro em relação às práticas efetivamente exercidas e o ideal planejado pelos gestores.

Outra dificuldade expressa por especialistas para avaliar a factibilidade dos modelos de organização dos serviços é o caráter imprevisível e subjetivo. Isso ocorre no processo saúde-doença, tanto na relação médico/paciente, como no vínculo paciente/serviço (PINHEIRO; LUZ, 2007).

Somando-se a isso, Campos (1994) destaca uma urgência a ser praticada pelos modelos de atenção à saúde – a “porosidade” – ou seja, a capacidade de permitir que a sensibilidade e as necessidades da clientela permeiem a organização do serviço de saúde.

Portanto, para conhecer em que medida a integralidade sai do ideal planejado e passa ao campo da efetividade no cotidiano dos serviços, é necessário fazer-se uma escuta dos atores, que atuam na ponta da assistência, no caso em estudo, nos ambulatórios de seguimento.

Na opinião de Pinheiro e Luz (2007), os serviços de saúde são cenários vivos onde atuam distintos atores, o que enseja diversas percepções sobre o que é demandado e oferecido.

A integralidade da atenção dentro da perspectiva do ideal planejado foi conceituada por Camargo Júnior (2010, p. 42) da seguinte forma:

[...] voltando à discussão conceitual do termo *integralidade*, o que parece mais adequado neste momento é tomá-lo não como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir. Algo como ideal de objetividade para investigação científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar. Vê-se, portanto, que num paradoxo ao gosto de Wilde, a integralidade é um tempo inalcançável e indispensável.

Dentro da lógica de ideal almejado, a área de planejamento designa como imagem-objetivo uma determinada configuração que alguns agentes considerem desejável. Ressalte-se que não se está a falar de utopia, pois aqueles que sustentam este propósito acreditam que tal configuração pode ser tornada realidade em um determinado período de tempo (MATTOS, 2006).

Trabalhando sob a perspectiva de imagem-objetivo, Mattos (2006) atribui à integralidade um caráter polissêmico, ou seja, com vários sentidos. Estes podem ser agrupados como sendo: os atributos das práticas profissionais, das organizações dos serviços e as respostas governamentais aos problemas de saúde.

Antes de detalhar este conjunto de sentidos, importante é enfatizar a ideia de que, ao fazer a primeira aproximação com a integralidade, compreende-se que é uma diretriz do SUS. O Texto Constitucional emprega a expressão atendimento integral como prioridade das atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Portanto, o termo integralidade é utilizado para fazer referência a esta diretriz. O Sistema Único de Saúde é organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (MATTOS, 2006).

Voltando à dimensão das práticas, integralidade neste contexto faz referência ao encontro entre usuários e profissional, implicando compreender a dor do outro e, com amparo nesta compreensão, delinear um plano de cuidados individualizados. Integralidade, se aplicada à organização de serviços, deve situar os usuários no centro da organização e discutir quais os melhores arranjos para atender atendê-los (MATTOS, 2009).

Estes dois sentidos dialogam um com outro, já que, para estabelecer fluxos, gerenciar linhas de cuidados propiciadores de uma atenção integral, é necessário conhecer a dor e as expectativas do outro. Provavelmente, profissionais

que estão no cotidiano de trabalho em saúde vivenciem a dualidade formada por conhecer a dor dos seus pacientes e a impotência ante a ausência de estruturas organizacionais que assegurem a continuidade do cuidado quando necessário.

Com amparo nos questionamentos de Mattos (2006), pode-se acentuar que, além do sentido que guarda relação com a organização dos serviços e das práticas de saúde, existe outro que deve ser aplicado às respostas governamentais aos problemas de saúde.

Fazendo referência à organização de serviços, a integralidade amplia as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional, baseada no diálogo entre os diferentes sujeitos e os variados modos de perceber as necessidades dos serviços de saúde. Por esta lógica, a organização de serviços, com amparo na integralidade, deve manter-se sempre aberta a assimilar uma necessidade não privilegiada na organização anteriormente dada (MATTOS, 2006).

À medida que se associa integralidade à organização de serviços, a ideia de rede e coordenação dos cuidados vem à tona. De acordo com Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 2), “o conceito de integralidade remete obrigatoriamente ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações”. É reconhecido, portanto, o fato de que nenhuma organização oferta a totalidade de recursos e competências requeridos para resolução dos problemas da população. Desta forma, ainda segundo os autores, é indispensável o desenvolvimento de mecanismos de coordenação e cooperação capazes de responder às demandas individuais no âmbito local e regional.

Para que a coordenação de cuidados garanta continuidade do cuidado ao longo das redes de serviços, Escorel (2007), ao estudar a integração do Programa de Saúde da Família à rede assistencial, propõe que estejam implicados no processo tanto mecanismos de integração como tecnologias da gestão da clínica e instrumentos de comunicação entre os profissionais de serviços diversos. Também é valorizada pela autora a experiência das famílias quanto ao recebimento do cuidado.

A coordenação de cuidados e fragmentação da assistência já é discutida há muito tempo, não se constituído um novo debate. Reformas objetivando sua implantação trazem diferentes ritmos entre os países. Como atributo organizacional dos serviços deve refletir a continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (ALMEIDA *et al.*, 2010).

As autoras, apoiadas em Hofmarcher *et al.* (2007), identificam quatro áreas que podem potencializar a coordenação dos cuidados entre os níveis assistenciais, conforme descrito a seguir:

O primeiro grupo sugere que a coordenação pode ser facilitada pelo aprimoramento da coleta e disseminação das informações sobre pacientes e prestadores e pela ampla utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). O segundo conjunto de medidas pró-coordenação vincula-se a mudanças necessárias no primeiro nível de atenção para atender às demandas colocadas pelas doenças crônicas. Um terceiro grupo de intervenções com potencial impacto sobre a coordenação dos cuidados refere-se à revisão dos padrões de alocação de recursos no setor ambulatorial dado o progressivo deslocamento de procedimentos da atenção hospitalar para este nível. Por fim, o estudo empreendido pelos autores destaca que a capacidade de coordenação é fortemente afetada pela falta de integração entre os níveis assistenciais e pela relação entre os prestadores, especialmente em função da existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde. (ALMEIDA *et al.*, 2010, p. 2).

Acerca de como avaliar integralidade e integração de serviços, duas distintas reflexões são feitas por Mattos (2010) e Hartz e Contandriopoulos (2004).

Mattos (2010) faz reflexões sobre como reconhecer as marcas de integralidade em uma política de saúde específica e procede às sínteses, recomendando o encontro de duas marcas. A primeira síntese privilegia o encontro dentro da política das dimensões preventivas e assistenciais, enquanto a segunda é arrimada numa perspectiva bastante ampliada de apreensão das necessidades assistenciais.

Ampliando o conceito de prática assistencial, Mattos (2007) compreende esta experiência como a situação na qual ocorre o encontro entre profissionais e sujeitos que sofrem, visando à redução do sofrimento. Concebida desta forma, uma prática assistencial pautada pela integralidade não busca apenas combater a doença e compreende o sofrimento como individual. A dimensão coletiva do cuidado estaria contemplada nas ações preventivas.

Por sua vez, Hartz e Contandriopoulos (2010), ao levantarem o questionamento sobre como fazer o reconhecimento de um sistema integrado de saúde, sugerem a utilização dos dez critérios de Leatt *et al.*

O uso dos dez critérios de Leatt *et al.* são propostos em Hartz e Contandriopoulos (2004), segundo os quais, para os pacientes serem atendidos em uma rede integrada, é desejável:

- 1- não repetir sua história a cada atendimento;
- 2- não precisar se submeter a repetição inútil de exames;
- 3- não ser a única fonte de informação para que um médico ou outro profissional de saúde conheça sua história de utilização dos serviços, procedimentos e medicamentos;
- 4- dispor de acesso 24 horas a um provedor de serviços ligados a atenção primária;
- 5- receber informações claras e precisas sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo fazer escolhas esclarecidas;
- 6- ter fácil acesso (por exemplo, por telefone) e oportuno a diversos exames e profissionais;
- 7- dispor de tempo suficiente nas consultas no primeiro nível de atenção;
- 8- ser rotineiramente contatado para prevenção de problemas crônicos;
- 9- receber apoio domiciliar e treinamento que maximize a autonomia e
- 10- não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em um nível superior ou inferior.

Ao discutir a incorporação do princípio da integralidade, visando à reorganização do modelo assistencial em saúde, uma interface com o pressuposto da humanização pode ser visualizada em função da intersubjetividade que se estabelece entre os sujeitos em relação (BOSI; UCHIMURA, 2010). Humanizar é definido como tornar-se, dar condição humana, ao passo que o termo humano faz referência ao exposto:

[...] ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, aqui referidas ao campo da saúde, mais especificamente, ao plano dos programas no setor, tendo como seu fundamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação. (BOSI; UCHIMURA, 2010, p.99).

De acordo com Bosi e Uchimura (2010), acolhimento, empatia e diálogo estão implicados com humanização. Não é possível chegar a esta, tampouco à integralidade, na ausência de busca pelo diálogo e do encontro entre pessoas.

Tendo como sustentáculo Hycner (1997), as autoras advertem para a ideia de que nem todo contato é diálogo, sendo verdade também o inverso da

afirmação. Desta forma, elas enfatizam que o dialógico não pode ser reduzido à fala e reiteram a necessidade de uma atitude para com o outro.

Fantasticamente, a integralidade e a humanização estão imbricadas, como apresentado há pouco, e, com a origem na dimensão do encontro com o outro, traz à tona a discussão acerca dos vínculos estabelecidos na relação entre profissional, familiares e pacientes.

De acordo com Campos (2002, p.1), o vínculo é uma palavra de origem latina e “é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa.”

Estabelecer compromissos e ser responsável pela vida das pessoas não é uma tarefa simples, porquanto vários fatores estão envolvidos neste processo, entre os quais o conhecimento sobre a inter-relação das pessoas e os recursos de que a equipe dispõe para intervir (CAMPOS, 2002).

Cuidar das pessoas envolve uma complexa teia de interconexões, permeada por contradições, harmonias, incoerências e desequilíbrios (ZOMBOLI, 2009). Dentro desta teia, Deslandes (2009) exprime a noção de cuidado humanizado como um valor a ser construído. A efetivação deste articula atitude, conhecimento e procedimento.

Atitude envolve a postura perante o sofrimento vivenciado pelo outro, sendo esta capaz de respeitar a autonomia e desenvolver um comportamento empático. Os conhecimentos mobilizados serão de ordens diversas, como biomédicos, humanísticas e da gestão. Por fim, os procedimentos estarão relacionados ao envolvimento de um conjunto de dispositivos organizacionais propiciadores de condições para efetivar o cuidado (DESLANDES, 2009). Pode-se acentuar, pelo exposto há pouco que Campos (2002) e Deslandes (2009), em suas elaborações, não atribuem à oferta do cuidado humanizado um fruto do voluntarismo individual de profissionais de saúde.

Assim, para Deslandes (2009), a produção e reprodução deste conjunto de valores demandam estratégias a serem implantadas de forma contínua por profissionais e gestores.

Para este estudo, a oferta de atenção pautada nos pressupostos da integralidade passa pelo encontro de práticas que reconheçam a responsabilização, o vínculo e as intersubjetividades estabelecidas entre os sujeitos em relação no

cotidiano de trabalho em saúde. Reconhece também a vinculação entre integralidade e formas de organização dos serviços, concebendo que a existência de sistemas integrados de saúde propicia a oferta de uma atenção integral.

5 ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA O CUIDADO INTEGRADO DE CRIANÇAS NA COMUNIDADE

5.1 A estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI

Considerada a principal intervenção disponível com o fim de melhorar as condições de saúde na infância nos países em desenvolvimento, a estratégia AIDPI, quando aplicada nos serviços e na comunidade, vai causar impacto na redução do número de mortes na infância. Impactará também na diminuição da gravidade das doenças e condições nutricionais e de desenvolvimento que acometem menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2012)

A estratégia AIDPI é fundamentada em três pontos: melhorar as habilidades do pessoal, fortalecer o sistema da saúde e melhorar as práticas comunitárias e familiares (BRASIL, 2012).

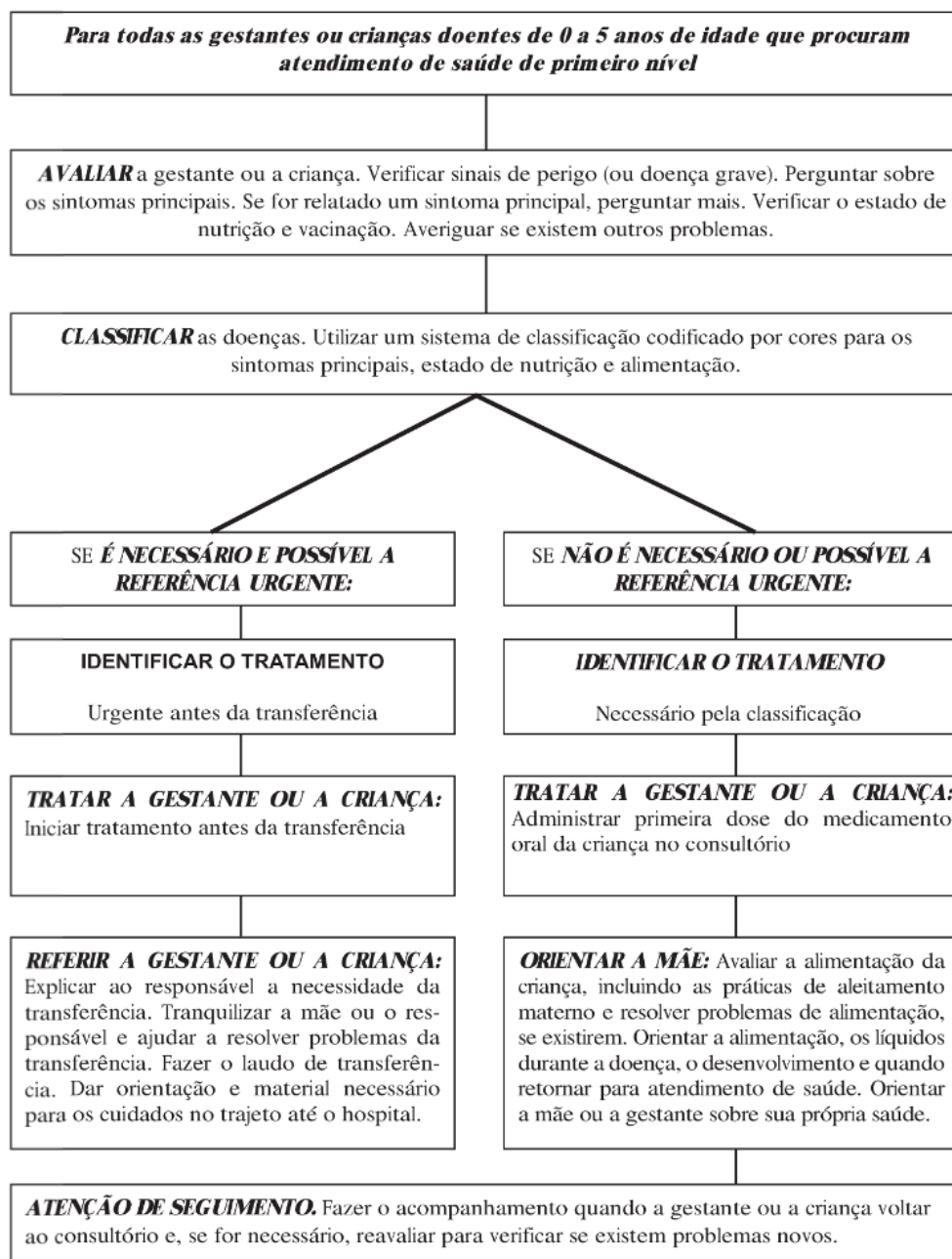
Com base no referencial teórico do AIDPI, é possível expressar que a orientação às famílias acerca de consultas de rotina, vacinação, medidas de prevenção e promoção à saúde torna-se essencial no atendimento integral à saúde da criança. As famílias devem receber orientações que capacitem reconhecer quais casos apresentados pelos seus filhos merecem procura urgente de atendimento no serviço de saúde. Ressalte-se que o êxito de tal processo requer do profissional acompanhar integralmente o desenrolar da educação em saúde das famílias, certificando-se quanto à compreensão da mensagem transmitida e dialogando com elas. Um dos elementos da efetivação da estratégia em foco é a capacidade de a família buscar atendimento fora do ambiente doméstico em momento oportuno. É esperado que o profissional de saúde identifique os sinais clínicos que vão permitir avaliar e classificar o quadro e, desde esse ponto, definir a atenção requerida pelo caso e proceder aos encaminhamentos, sejam eles cuidar em domicílio, tratamento ambulatorial ou transferência urgente para o hospital. A estratégia não inclui todas as doenças e abrange aqueles que se constituem os principais motivos de procura por cuidados de saúde (BRASIL, 2012).

Considerando que a redução da mortalidade perinatal e neonatal é tanto mais lenta como de mais difícil diminuição do que a pós-neonatal, foi desenvolvido o AIDPI NEONATAL. A elaboração foi da responsabilidade do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde, sendo fundamentado em conhecimentos

técnicos atualizados. Nele estão contidas normas que se encaixam em um manejo integrado eficiente, voltado para crianças desde o seu nascimento até o período quando está doente durante os dois meses de idade. As normas descrevem ainda a forma de tratar crianças doentes e a reavaliação de seguimento (BRASIL, 2012).

O AIDPI NEONATAL propõe um fluxograma de manejo de caso para gestantes e lactentes menores de dois meses, conforme apresentado no quadro a seguir (BRASIL, 2012).

Quadro 3 – Resumo do processo de manejo integrado dos casos



A atenção ao seguimento, de acordo com Manual AIDPI NEONATAL, é uma forma de ofertar a observação continuada. Os serviços devem fazer os arranjos necessários para que as visitas sejam convenientes para as mães.

A estratégia AIDPI constitui, pois, importante instrumento para melhorar as práticas dos profissionais de saúde e o conhecimento das famílias, com objetivo de prevenção de doenças e promoção da saúde.

5.2 Caminhos para a Sobrevivência Infantil

Outra abordagem de integração, especificamente na área de Pediatria, foi desenvolvida por BASIC (Apoio Básico para a Institucionalização da Sobrevivência Infantil), pelo CDC (Centro dos EUA para o Controle e Prevenção de Doenças) e pela USAID (Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional).

Buscando alcançar uma abordagem integrada na gestão de doenças prevalentes na infância, o BASIC, o CDC e a USAID desenvolveram um quadro conceitual denominado o Caminho da Sobrevivência na Infância. A justificativa para a elaboração era, naquele momento, a crescente preocupação com integração de programas e serviços para crianças. Deste modo, o caminho é, portanto, constituído por três passos – o gerenciamento do caso em casa, a interface dos cuidados em casa e fora dos serviços e a gestão de processos fora de casa (WALDMAN *et al.*, 1996). O detalhamento dos passos, de acordo com BASIC, segue as questões referidas na sequência.

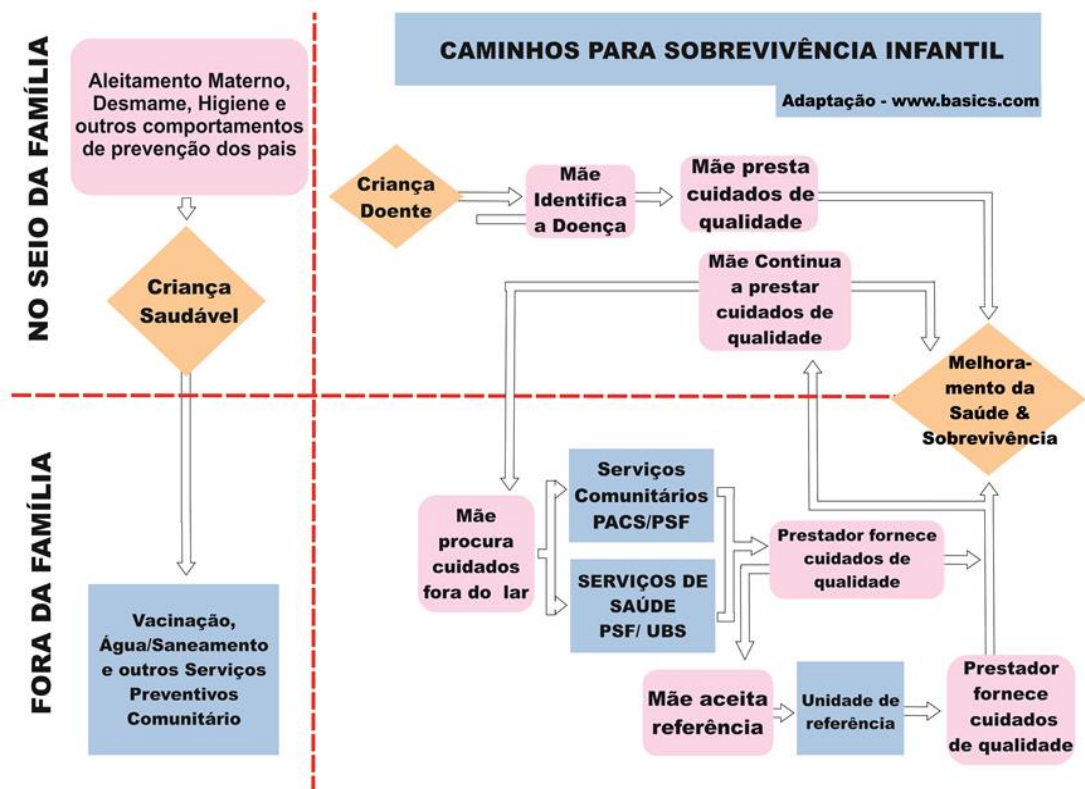
- O gerenciamento em casa pela família supõe, de saída, que o reconhecimento, pelo cuidador, da necessidade de tratamento é fundamental para reestabelecer a saúde da criança. Com a detecção da doença, alguns cuidados podem ser iniciados em domicílio, enquanto outros carecem de ajuda externa. A eficácia do tratamento guarda relação não apenas com a capacidade de identificar a doença, como também com o tempo requerido para o reconhecimento do agravo.
- A interface em casa e a continuidade de cuidados fora do domicílio. Neste passo, os comportamentos necessários aos cuidadores vão depender do tipo de doença, sendo desejável boa estratégia de comunicação entre serviços e familiares, bem como disponibilidade de medicamento e materiais médicos.

- Nos cuidados fora do domicílio, as diversas unidades de saúde, que compõem a rede de serviços, devem possuir competências e recursos para apoio a pacientes criticamente doentes. Logo, as unidades devem encaminhar para outros equipamentos de saúde os agravos não pertencentes ao seu nível de atenção e, deste modo, aumentar a gestão da doença, principalmente para crianças severamente enfermas.

Um atendimento de qualidade na unidade de saúde, embasado no Caminho da Sobrevivência Infantil, é caracterizado pela capacidade de assessorar o cuidador, prescrever o tratamento e orientar a busca de cuidados adicionais na condição de piora clínica da doença. Além disso, o cuidador deve ter acesso a essa facilidade e a equipe de saúde há de ser treinada e motivada para prestar serviços de qualidade.

Segue o modelo proposto por BASICS:

Figura 1 - Caminhos para a Sobrevivência Infantil



Fonte: WALDMAN *et al.*, 1996, p. 5.

O modelo exposto será usado como referencial teórico para definição das categorias de análise neste trabalho. Embora não tenha sido originalmente concebido para gestão integrada de seguimento de egressos de UTIN, ele aborda

passos fundamentais no seguimento de crianças na perspectiva de uma atenção integral, haja vista o fato de que privilegia abordagens preventivas e assistenciais.

O seguimento de recém-nascidos de risco traz um modelo bem desenhado do ponto de vista da concepção de protocolos clínicos de acompanhamento, bem como demonstra orientações gerais referentes à dimensão do cuidado integral, à atenção compartilhada com a rede básica e secundária e à capacidade de propor medidas preventivas e assistenciais.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudo

Adotou-se, ao longo desta pesquisa, a metodologia qualitativa. De acordo com Minayo (2012), a pesquisa com tal feição trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Dentre os vários desenhos metodológicos em pesquisa qualitativa, nesta investigação, optou-se pelo estudo de caso, visto que se harmoniza à avaliação de uma oferta de atenção em saúde disponibilizada, a partir da percepção dos profissionais que acompanham recém-nascidos egressos de unidades de terapia intensiva neonatal.

Durante a escolha de uma metodologia, a primeira e mais importante condição para diferenciação entre os métodos de pesquisa é classificar a questão a ser investigada. Perguntas do tipo “como” e “por quê” são explanatórias e lidam com vínculos operacionais e são mais do que frequências ou incidências e, provavelmente, levam ao uso de estudo de caso (YIN, 2010).

A expressão “estudo de caso” nasceu no âmbito das pesquisas em Medicina e em Psicologia, como uma análise detalhada de um caso individual (DESLANDES; GOMES, 2004). Na pesquisa social, no entanto, esses autores acentuam que o caso deixa de ser o indivíduo e costuma ser uma organização ou uma prática social. Eles ainda mencionam que este desenho é um dos mais utilizados para análise de experiências dos serviços de saúde, por ser possível traduzir a lógica científica da abordagem qualitativa.

Para Mendes (2009, p.3), o estudo de caso “parece ser a metodologia mais indicada quando se procura compreender um conjunto de fenômenos que, num primeiro momento, revelam, entre si, um baixo grau de comparabilidade.” Como exemplo, cita as experiências de implantação de políticas e programas de saúde.

O estudo de caso tem importância dentro da pesquisa avaliativa, exprimindo quatro diferentes aplicações. Entre estas podem ser citadas: a explicação dos vínculos causais na vida real, descrever um fenômeno no contexto em que ocorreu, ilustrar novamente determinados tópicos em uma avaliação de um modo descritivo e, por fim, explorar situações em que a intervenção-foco do estudo não possui um só conjunto de resultados (YIN, 2010).

Contextualizando a utilização do estudo de caso para a área da saúde, Minayo (2010) aponta aplicações bem funcionais para o método, entre as quais cita: compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta, descrever um contexto no qual será aplicada determinada intervenção, explorar situações em que intervenções determinadas não trouxeram resultados previstos.

Becker, citado por Deslandes e Gomes (2004), atribui duplo objetivo ao estudo de caso, sendo um deles compreender o grupo ou a organização em estudo e o outro desenvolver declarações teóricas mais gerais. Acerca do primeiro objetivo, os autores destacam:

[...] alguns questionamentos básicos podem ser utilizados. Dentre eles destacamos os seguintes: Quem são os seus membros? O que fazem e como interagem no espaço estudado? Quais as identidades do grupo? Como o grupo se relaciona com o seu contexto?

De acordo com Mendes (2009), o estudo de caso tem forte caráter descritivo e se apoia no trabalho de campo. Vai, entretanto, além da descrição, ao permitir interrogar e confrontar situações pesquisadas com outras já conhecidas, advindo disso novas teorias e questões propícias a futuras investigações.

Sob a perspectiva da pesquisa avaliativa em saúde, o estudo de caso analisa as singularidades das relações de um serviço e, a partir daí, dialoga com a lógica do sistema do qual faz parte (DESLANDES; GOMES, 2004). Geetes (1989), citado por Deslandes e Gomes, chama atenção para o perigo de considerar o caso uma fotografia em miniatura da realidade. Deste modo, estudar relações de um serviço não significa a captura da totalidade das relações dos sistemas de saúde.

Nas elaborações de Yin (2010), é estabelecido que o caso também pode ser um evento ou entidade além de apenas um único indivíduo. Com âncora nesta formulação e nas questões há pouco referidas, foi definida a unidade de estudo, ou seja, o “caso”, como sendo os ambulatórios de seguimento de recém-nascidos de Fortaleza vinculados à UTIN. Por fazer parte de um estudo maior, foram respeitadas as instituições participantes previamente determinadas: Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS).

Por seu caráter descritivo e pela capacidade de analisar as singularidades que ocorrem no transcurso do seguimento de egresso de UTIN, o estudo de caso se adequou como desenho metodológico ao objeto a ser investigado nesta pesquisa,

tendo permitido conhecer a integralidade da atenção disponibilizada na rede de serviços de Fortaleza aos recém-nascidos egressos de UTIN.

6.2 Protocolo do estudo

O protocolo aumenta a confiabilidade da pesquisa (YIN, 2010). É destinado a orientar o pesquisador na efetivação da coleta de dados, sendo um instrumento que deve conter, entre outros aspectos, a estrutura teórica para o estudo e os procedimentos de coleta dos dados.

Um protocolo simplificado foi elaborado para este estudo, contendo o modelo teórico adaptado e os planos de coleta dos dados, que serão descritos a seguir.

Baseando-se nas reflexões de Mattos (2009) que, ao atribuir sentido a integralidade à luz da organização dos serviços, situa o usuário no centro das organizações e discute quais os melhores arranjos para atendimento, definiu-se, como suporte nesta ideia, que o modelo teórico formulado pelo BASICS¹, intitulado Caminho da Sobrevivência Infantil, estabelece um desenho ideal para seguimento de crianças pautado nos princípios da integralidade. Isto porque além de situar a criança no centro da organização, permite visualizar a dimensão das praticas assistenciais, visto que preconiza cuidados de qualidade, pautados, dentre outros aspectos, no encontro entre família e serviços.

Desta forma, para garantia de atenção integral, os recém-nascidos devem receber cuidados de qualidade no seio da família e fora do ambiente familiar. Elaborou-se então o modelo adaptado, no qual, para garantir o cuidado familiar, as mães devem reconhecer a função do ambulatório de seguimento e reconhecer os sinais de agravo das morbidades de seu filho em tempo oportuno.

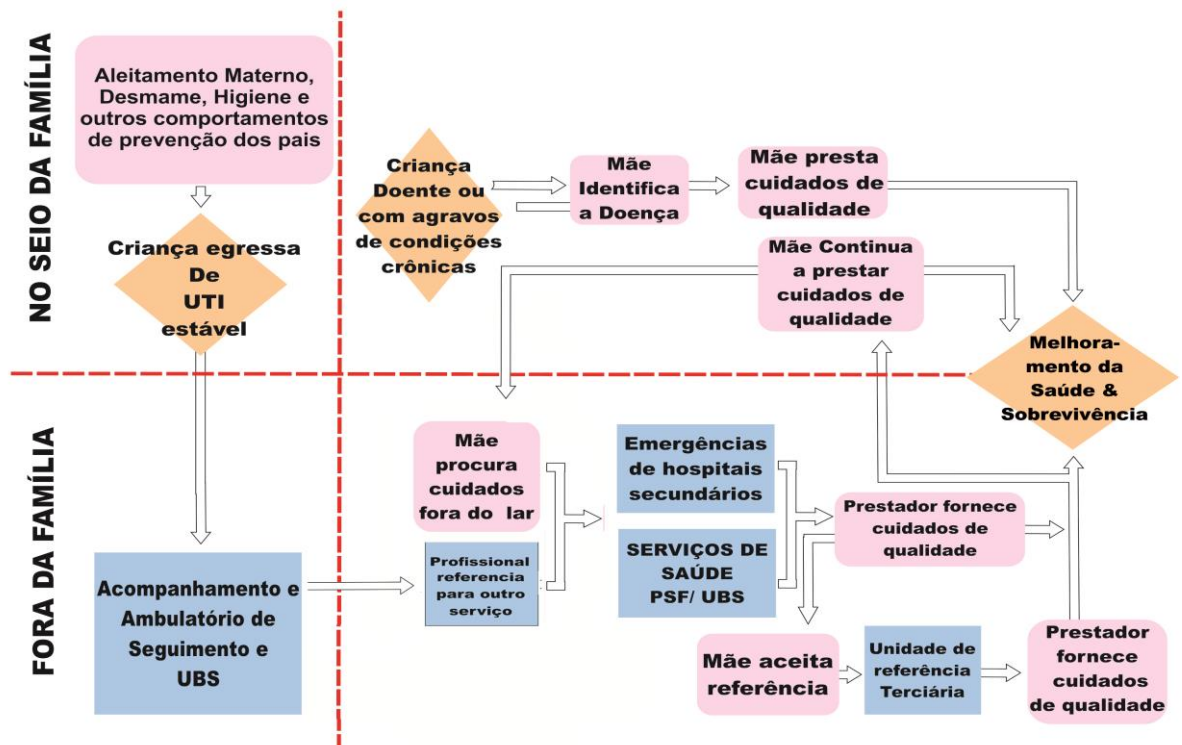
Fora do ambiente familiar, devem existir competências e recursos disponíveis nos ambulatórios de seguimento para ofertar suporte ao neurodesenvolvimento no próprio serviço, bem como ter capacidade de apoiar o encaminhamento para outros equipamentos, quando a gestão clínica do caso tornar

¹ O BASIC (Apoio Básico para a Institucionalização da Sobrevivência Infantil), buscando alcançar uma abordagem integrada na gestão de doenças prevalentes na infância, desenvolveu um quadro conceitual, denominado o “Caminho da Sobrevivência na Infância”. A justificativa para a elaboração era, naquele momento, a crescente preocupação com a integração de programas e serviços para crianças.

necessária a continuidade do cuidado. O encontro entre família e equipe de saúde deve implicar compreender a dor do outro e, com amparo nesta compreensão, delinear um plano de cuidados individualizados.

Segue o modelo adaptado para a pesquisa:

Figura 2 - Modelo adaptado para a pesquisa



Embasando-se no modelo adaptado para a pesquisa e na revisão de literatura, foi constituído o roteiro para a entrevista semiestruturada.

6.2.1 Definição da população do estudo

Foram sujeitos da pesquisa os profissionais médicos do HGCC, MEAC, HIAS e HGF que exercem atividade clínica nos ambulatórios de seguimento neonatal.

Levando em consideração o fato de que a ideia de amostragem não é a mais indicada para a pesquisa qualitativa, Minayo, citada por Deslandes e Gomes (2012), ao discutir a definição dos sujeitos da pesquisa, aponta que “uma pergunta

importante neste item é: quais os indivíduos sociais tem uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?” Por isso, argumenta que a seleção dos sujeitos ou casos a serem pesquisados deve cobrir a totalidade do problema investigado, em suas várias dimensões.

É fato que, por concepção nos ambulatórios de *follow-up*, atua uma equipe multiprofissional, com prováveis graus diferenciados de envolvimento ante o cotidiano de trabalho em saúde. A escolha pela categoria médica deu-se em função de ser a que provavelmente demande maior volume de solicitações de exames, indicações de procedimentos e internamentos clínicos ou cirúrgicos, pois será necessário avaliar como os ambulatórios se articulam com a rede de serviços de saúde, para ofertar continuidade do cuidado aos egressos de UTIN, seguidos nos ambulatórios de *follow-up*.

6.2.2 Local da pesquisa

A pesquisa teve como campo de observação os ambulatórios de *follow-up* da cidade de Fortaleza, estruturados nos hospitais e ou maternidades públicos que possuem UTIN, sendo eles a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, da UFC, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Infantil Albert Sabin e o Hospital Geral Dr. César Cals.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand é uma unidade especializada conveniada ao SUS, com oferta dos seguintes quantitativos de leitos: 21 de UTIN do tipo I, 30 de cuidados intermediários neonatal, sete leitos de UTI adulto, 40 leitos de Obstetrícia Cirúrgica e 74 de Obstetrícia Clínica, unidade neonatal “Canguru” e serviços ambulatoriais, entre eles o *Follow-up* de Recém-Nascidos (CNES, 2012).

O Hospital Infantil Albert Sabin, o Hospital Geral de Fortaleza e o Hospital Geral Dr. César Cals são unidades públicas e pertencem à esfera administrativa do Estado do Ceará. O Hospital Infantil Albert Sabin oferta atenção de média e alta complexidade, apresentando uma capacidade instalada composta por 301 leitos pediátricos, dos quais 24 são de cuidados intermediários neonatais e 12 de UTIN do tipo II. O Hospital Geral de Fortaleza conta com 446 leitos, dos quais 12 são de UTIN Tipo II e 16 de cuidados intermediários neonatais. O Hospital César Cals oferta 201 leitos, estando incluídos os 20 leitos de UTIN do tipo II e 36 leitos de cuidados

intermediários neonatais. As três unidades hospitalares mantêm ambulatório de seguimento de recém-nascidos (CNES, 2012)

6.2.3 A questão para o estudo de caso

Como os profissionais médicos percebem a integralidade da atenção disponibilizada na rede de serviços de Fortaleza aos recém-nascidos egressos de UTIN?

6.2.4 Procedimentos e técnicas de coleta de informações

Dentre as técnicas disponíveis de coleta de dados, optou-se pela entrevista semiestruturada. Nesta modalidade de abordagem, segundo Minayo (2010, p. 191) “o roteiro deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas”.

A autora acrescenta ainda que, ao se elaborar um roteiro, deve ser pretendido que este contenha uma linguagem que provoque várias narrativas possíveis das vivências que serão avaliadas pelo entrevistador. Acrescente-se que cada questão do roteiro deve fazer parte do delineamento do objeto e o conjunto de todos os tópicos deve conferir forma e conteúdo ao objeto e contribuir para enfatizar as relevâncias contidas no projeto (MINAYO, 2010).

A entrevista pode ser entendida como técnica que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema com lógica própria, embora enfatize a necessidade de fixação de parâmetros, ao definir as questões orientadoras do estudo (MARTINS, 2008).

Foi realizado um contato prévio, por telefone, com as entrevistadas, que teve como intuito expor brevemente o projeto e proceder à apresentação da pesquisadora, bem como agendar o dia da entrevista no local de trabalho. Esse procedimento foi concretizado em dezembro de 2012.

É relevante informar que todas as entrevistas ocorreram ao término do atendimento das agendas programadas para aquele dia, o que pode ser compreendido como manifestação de respeito aos usuários por parte das entrevistadas. Uma preocupação com o tempo necessário para realizar a entrevista

apareceu no momento do contato prévio para agendamento, o que pode ser atribuído ao fato de entrevistar profissionais com muitas ocupações.

Antes de se iniciar as entrevistas e após nova exposição do projeto foi solicitada autorização para gravação destas. Uma vez existindo concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado.

Um equipamento digital efetuou a gravação dos discursos dos participantes, os quais, posteriormente, foram transcritos na íntegra por profissional habilitado.

6.2.5 Análise e interpretação do material

O material resultante das entrevistas e das observações foi analisado conforme a técnica de análise de conteúdo. Na análise de um estudo de caso, todas as evidências relevantes devem ser abordadas e fornecer sustentação às proposições da investigação (MARTINS, 2008).

A Análise de Conteúdo é considerada por Minayo (2010) mais do que um procedimento técnico para tratamento de dados em pesquisa qualitativa. Assim, é parte integrante da história de busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

Bardin (1979) *apud* Minayo (2010, p. 303), define Análise de Conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Operacionalmente, com apoio nas formulações de Minayo (2010), a técnica adotada para análise do material desta pesquisa foi desdobrada em três etapas descritas como: Pré-Análise, Exploração do Material e Interpretação conforme o detalhamento situado na sequência.

Na pré-análise, como primeiro momento de contato com o material após transcrição, foi realizada inicialmente uma leitura exaustiva do material. Gomes (2012) atribui a esta etapa duas buscas – a primeira para se ter uma visão de conjunto e a segunda a fim de se apreender as particularidades do material.

Ao buscar as particularidades do material, foi conjuntamente realizada uma releitura dos objetivos da pesquisa, que objetivou responder se o material obtido era pertinente ao objeto em estudo.

Durante a organização manual das entrevistas, nomes das médicas participantes do estudo foram substituídos por um número, de forma que cada uma passou a ser identificada como entrevistada seguida do número colocado de forma aleatória.

Ao fazer a leitura individual de cada entrevista determinaram-se as unidades de registro. “Estas unidades se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem” (GOMES, 2012 p.87). Constituem-se, de acordo com o autor, exemplos de unidades de registro uma palavra uma frase ou uma oração.

Seguiu-se a etapa de Exploração, cujo objetivo é alcançar o núcleo de compreensão do texto (MINAYO, 2010). Para tal, as unidades de registro foram agrupadas em categorias, tendo se constituído em uma fase de grande dificuldade de construção, tendo em vista que se experimentava pela primeira vez, o contato com o método.

De acordo com Gomes (2012, p. 88), apoiado em Bardin “a categorização pode ser considerada como uma classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero, com critérios previamente definidos.”

A feitura das inferências dos resultados deu-se em conformidade com os ensinamentos de Gomes (2012), portanto, aqui se lançou mão de premissas aceitas em outras pesquisas.

O processo foi finalizado com a formulação da interpretação e da síntese. Novamente, se recorreu a Gomes (2012), para descrever o procedimento de interpretação como aquele no qual são discutidos os resultados da pesquisa numa perspectiva mais ampla, trabalhando na produção do conhecimento. O êxito desta fase relaciona-se com a articulação com os objetivos de estudo e a base teórica adotada.

6.3 Aspectos legais e éticos

Buscou-se respeitar na pesquisa os referenciais básicos da Bioética, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), configurados em autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, aplicados para pesquisas com seres humanos.

Este projeto faz parte de um estudo maior, intitulado: ACESSIBILIDADE, UTILIZAÇÃO E QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE OFERTADA A CRIANÇAS EGRESSAS DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ.

Dentre os objetivos do projeto ora referido, foram propostos como objetivos específicos avaliar a estrutura e perfil dos recursos humanos dos profissionais que atuam nos ambulatórios de seguimento dos RN de alto risco, bem como analisar os fatores associados a acessibilidade e utilização dos serviços. Para tal finalidade, foi previsto o envolvimento de metodologia quantitativa e qualitativa.

Antes de se dar início à obtenção das informações, o projeto geral foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital Cesar Cals e Hospital Geral de Fortaleza, obtendo parecer favorável, conforme anexo.

Ressalte-se o fato de que o princípio da autonomia foi respeitado à medida que houve sigilo das respostas, assegurando liberdade aos profissionais médicos de participarem ou não da pesquisa.

A investigação não trará prejuízo às informantes, pois não apresentou riscos ou constrangimentos, na oportunidade da divulgação ou publicação do trabalho, a identidade dos participantes não será revelada, preservando o anonimato, respeitando-se desta forma o princípio da não maleficência.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Dados relacionados às profissionais entrevistadas

Todos os sujeitos participantes da pesquisa estavam ligados ao ambulatório no qual trabalhavam por meio de vínculos institucionais, portanto, todos eram servidores, com formação em Neonatologia, com carga horária variável dedicada ao serviço, conforme pode ser observado no quadro abaixo.

Quadro 4 – Perfil das profissionais entrevistadas

Número da entrevistada	Vínculo funcional	Formação	Carga horária dedicada ao serviço
01	Servidora	Neonatologia	20h semanais
02	Servidora	Neonatologia	20h semanais
03	Servidora	Neonatologia	20h semanais
04	Servidora	Neonatologia	16h semanais
05	Servidora	Neonatologia	16h semanais
06	Servidora	Neonatologia	16h semanais

Fonte: Pesquisa direta

7.2 Categorias de análise

Com base na pesquisa teórica e empírica, foram identificadas várias informações com base nas entrevistas realizadas com as médicas que trabalham nos ambulatórios de seguimento de recém-nascidos egressos de UTIN.

Procurou-se organizar os achados da pesquisa, de forma a permitir compreender a atenção disponibilizada na rede de serviços de Fortaleza a esses recém-nascidos. O modelo adaptado nesta pesquisa, baseado no quadro Conceitual denominado Caminho da Sobrevivência Infantil, bem como a apreensão de significados com procedência nas falas, serviu de suporte para construção das categorias de temáticas centrais.

Sendo assim, foram desenvolvidas as seguintes categorias centrais:

Fatores facilitadores da compressão materna sobre o motivo do seguimento, O

cotidiano de trabalho nos ambulatórios e Percepção dos profissionais sobre o seguimento ofertado, conforme está no quadro.

Quadro 5 – Categorias

Categorias temáticas centrais		
Fatores facilitadores da compreensão materna sobre o motivo do seguimento	O cotidiano de trabalho nos ambulatórios de seguimento	Percepção dos profissionais sobre o seguimento ofertado
Subcategorias empíricas		
As orientações recebidas na UTIN	A agenda aberta	
A abordagem médica acerca do seguimento nas consultas	O compartilhamento da atenção com a Estratégia Saúde da Família	
O vínculo do profissional com a família	Os recém-nascidos procedentes do interior	

Fonte: Pesquisa direta

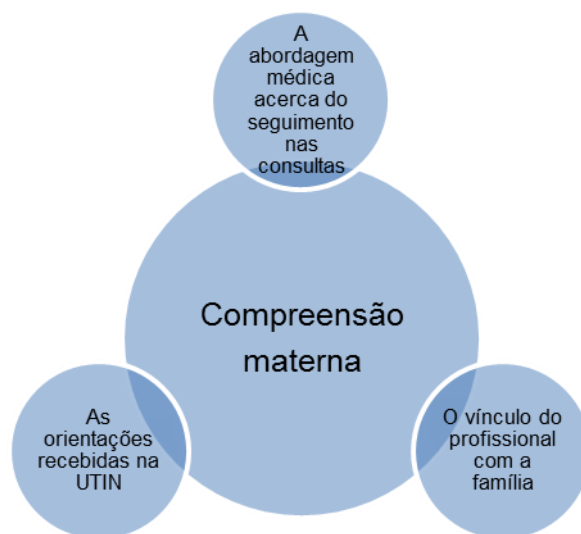
7.2.1 Fatores facilitadores da compreensão materna sobre o motivo do seguimento

De acordo com o quadro conceitual denominado Caminho da Sobrevivência Infantil, o reconhecimento, pela família, da necessidade de tratamento é fundamental para reestabelecer a saúde da criança. O modelo adaptado nesta pesquisa estabelece, com apoio no quadro conceitual referido, que a oferta de atenção baseada no princípio da integralidade tem como um dos passos o gerenciamento do seguimento pela família. Assim, os recém-nascidos prematuros e egressos de unidades de terapia intensiva neonatal devem receber os cuidados de qualidade no seio da família. Para isso, a necessidade de seguimento, tanto pela atenção básica, como pelos ambulatórios especializados, deve ser bem compreendidos pelos pais.

Com apoio nos relatos das profissionais entrevistadas, a compreensão materna acerca do motivo do seguimento do seu filho é associada a três fatores os quais foram subdivididos em subcategorias, descritas a seguir: a) as orientações recebidas na UTIN, b) a abordagem médica nas consultas acerca do seguimento e c) o vínculo do profissional com as famílias.

As três subcategorias guardam relação de interface, visto que se articulam, consolidando a motivação e a compreensão maternas acerca do seguimento. Assim, não basta apenas que informações sejam disponibilizadas na UTIN, pois a abordagem médica nas consultas de seguimento e o vínculo estabelecido entre familiares e profissionais complementam o suporte a ser disponibilizado. O modelo abaixo exemplifica o processo, e o seu detalhamento será mostrado ao se descrever cada subcategoria.

Figura 3 – Fatores facilitadores da compreensão materna



Fonte: Pesquisa direta

a) As orientações recebidas na UTIN

Atribui-se ao tempo de permanência na UTIN o repasse das informações iniciais disponibilizadas a mães e familiares, objetivando orientar o retorno para acompanhamento especializado. Percebe-se tanto a importância do agendamento programado no momento da alta como também das orientações recebidas na unidade neonatal.

Essas duas questões, além de fornecerem suporte ao cuidado materno em domicílio também buscam assegurar o reconhecimento do motivo pelo qual os filhos precisam de acompanhamento em ambulatórios especializados. As falas a seguir das entrevistadas vão no sentido de situar a UTIN como o lugar no qual este processo é disparado:

Elas inicialmente vêm porque são marcadas elas nem sabem tanto né, eu acredito que na UTI devem enfatizar este seguimento. (Entrevista 04).

A maioria já vem informada até porque os que vêm pra cá ficam mais de meses na UTIN e tem muito acesso a informação eu acho que a maioria. (Entrevista 02).

Os arranjos para o acompanhamento devem ter início dentro da unidade neonatal de acordo com o estabelecido pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2011c). Nota-se que as falas das profissionais citadas demonstram que é procurado adotar o estabelecido pela política.

O reconhecimento da importância do aprendizado adquirido durante o período de internamento de seus filhos como base para continuidade do cuidado em domicílio foi citado por vários estudos entre eles os de Smith *et al.* (2013), Moraes e Cabral (2004) e Siqueira *et al.* (2011).

Foi apontado por Siqueira *et. al* (2011), ao realizarem estudo com mães de crianças egressas de UTIN, que a maioria das mulheres sentia dúvidas sobre sua aptidão para realizar cuidados diários com seus filhos. As mães, participantes do referido estudo, revelaram que a capacitação durante o internamento possibilitava que aos poucos fossem se acostumando à rotina de cuidados diários.

Para as médicas deste estudo, a forma como foi vivenciado o tempo de internação pode contribuir para o cuidado em domicílio. Desta maneira duas questões são apontadas como relevantes, sendo elas a oportunidade de visitar seus filhos e a oferta de aprender a cuidar cuidando. Vejamos a reprodução das falas.

Quando os bebês passam mais tempo internados as mães geralmente passam meses e como elas vivenciaram mais com outros profissionais o internamento, fora é mais fácil, mas as que passaram menos tempo, ou que visitaram menos os bebês nem todas ficam né, tem mais dificuldade, é difícil. (Entrevista 01).

Como elas saem da estrutura da UTI onde todo mundo faz tudo aí elas pensam que não sabem fazer né, e aí com o tempo a gente vai explicando que com o tempo elas também são capacitadas e é por

isso que muitas vezes elas ficam lá só ganhando peso, aquele momento lá ela pensa que não estava fazendo nada, mas ela estava aprendendo a fazer. (Entrevista 04).

As entrevistadas reconhecem que o tempo isoladamente não confere suporte ao seguimento, pois a elaboração do conhecimento e o fortalecimento da capacidade de cuidar em domicílio guardam relação com a intensidade das trocas de conhecimentos e dúvidas vivenciados por profissionais e familiares ao longo do internamento.

Em consonância com os aspectos suscitados pelas profissionais entrevistadas, uma lembrança fundamental é apontada por Moraes, Quirino e Almeida (2009), citados por Melo (2010), ao indicarem que o treinamento materno deve ocorrer ao longo de todo o internamento, para que as mães desenvolvam habilidades e recebam conhecimento específico.

Da mesma forma que a fala da entrevistada 04 (anteriormente citada) valoriza o aprendizado constituído na prática de cuidados com os próprios filhos, as conclusões de Melo (2010) apontam que as orientações são mais efetivas, quando realizadas em conjunto com demonstrações práticas e treinamento das mães.

A relação entre o tempo de permanência na UTIN e cuidados após a alta foi avaliada em estudo por meio de um elemento denominado Índice de Atenção à Saúde (IAS), cuja composição utilizou variáveis relacionadas a práticas e orientações maternas na unidade neonatal, recursos para o seguimento ambulatorial e realização de práticas assistenciais após a alta. Verificou-se que as crianças que permaneceram internadas nas unidades neonatais por mais de 30 dias apresentaram a média do IAS significativamente mais baixa em relação às que tiveram menor duração de permanência hospitalar (MELO *et al.*, 2013).

Com base nas percepções reveladas durante as entrevistas, as médicas participantes deste estudo acreditam que, na UTIN, tem início a orientação de mães e familiares e a forma como o internamento foi vivenciado tem repercussão neste processo.

A importância do cuidado em UTIN é apontada em trabalhos atuais dentro de uma nova realidade em que devem estar integrados o conhecimento técnico-científico e a tecnologia dos equipamentos médicos, com a promoção da integração do bebê com a sua família e, de acordo com Oliveira (2012), este contexto concebe a UTI como um “ambiente de recuperação”.

Esta concepção, transposta ao que é citado neste trabalho, que é solidificar o cuidado em domicílio, é um esforço com a finalidade de melhorar o prognóstico de desenvolvimento em longo prazo.

Desta forma, as intervenções centrais nos cuidados com o neurodesenvolvimento têm início na UTIN e fundamentam-se no cuidado centrado na família. Nesta forma de cuidar, são valorizados, entre outros pontos, uma comunicação promotora de entendimento claro de informações técnicas e a participação da família nas atividades diárias.

Trabalho realizado por Montiroso *et al.* (2012) avaliou a qualidade de cuidados em 25 UTIN com instrumento que fornecia dois índices – o cuidado centrado na criança (ICC), sendo este acessado por meio do envolvimento parental, e o controle da dor neonatal (IPM). Os achados indicaram que, depois do controle das condições clínicas, o ICC e o IPM guardam relações específicas com o neurodesenvolvimento.

Acrescenta-se o fato de que neste experimento, as práticas efetivadas nas unidades neonatais não constituíram objeto de análise, de forma que não é possível afirmar que as crianças atendidas nas unidades neonatais de Fortaleza recebem atendimento dentro de um contexto propiciador da UTIN como ambiente de recuperação. Assegura-se, tão-só, a relevância atribuída pelas entrevistadas a esse período.

b) A abordagem médica acerca do seguimento nas consultas

O desenvolvimento desta subcategoria é importante por possibilitar encontrar em algumas falas dos profissionais médicos, que atuam nos ambulatórios de seguimento, uma responsabilidade compartilhada com integrantes da UTIN. Ou seja, se por um lado compete aos membros da equipe da unidade neonatal iniciar o preparo e deixar o seguimento agendado, de outra parte, cabe aos médicos dos ambulatórios ampliarem, ao longo das consultas de seguimento, dois aspectos fundamentais: proporcionar às famílias um momento de escuta qualificada das suas necessidades e potencializar a capacidade destes familiares para ofertar cuidados domiciliares aos seus filhos.

Com efeito, as narrativas que seguem apontam para uma valorização da primeira consulta, embora, em algumas falas, predomine um forte caráter prescritivo.

Na primeira consulta eles não compreendem bem, a maioria não compreende bem esse ambulatório de seguimento, então eu explico [...] por que esse acompanhamento. (Entrevista 05).

Elas inicialmente vem por que estão marcadas [...] aí a gente volta a falar da necessidade do seguimento por que são crianças que precisam de uma atenção especializada, diferente de um bebê que nasce a termo sem intercorrência nenhuma. (Entrevista 04).

[...] elas não sabem que o bebê tem alteração, que tem risco embora eu saiba que foi dito várias vezes no internamento. (Entrevista 01).

É relatada pelas médicas dos ambulatórios a chegada de mães que compreendem e também daquelas que não compreendem bem o motivo do seguimento. É possível perceber nas falas das entrevistadas uma valorização da primeira consulta, enquanto momento privilegiado, no qual são explicados os motivos do seguimento, a forma como este será ofertado e introduzido um pouco de como ocorrem as especificidades do desenvolvimento de prematuro ou de um egresso de UTIN. O tempo de duração da consulta aparece dentro de uma oferta de atendimento mais demorado do que o habitual, como ilustram os relatos:

[...] então quando você começa na primeira consulta, a nossa primeira consulta é mais de meia hora por tenho que explicar todos os detalhes o que agente vai fazer, como é que vai ser o seguimento, quais são as nossas perspectivas. (Entrevista 06).

[...] eu sempre pergunto você sabe por que tá aqui? Ela diz, doutora é para fazer acompanhamento. (Entrevista 06).

Em contraposição à ênfase imprimida à explicação, de farta ocorrência nas falas das entrevistadas, a preocupação com as necessidades trazidas por mães e familiares, bem como a relevância do contexto familiar e social das crianças, podem ser vistas nesses exemplos:

[...] então a primeira consulta é uma coisa tão importante pra mim porque eu gosto que o pai, a avó, todos estejam juntos, porque ali eu sinto como é que aquele bebê foi recebido naquela família e como eles veem aquele bebê, entendeu. (Entrevista 06).

Elas perguntam doutora porque ele não tá sentando é porque a idadezinha dele não é essa né, eu digo é. E qual é a idade dele? (Entrevista 06).

[...] pacientes do interior a gente tenta agendar várias consultas pro mesmo dia. (Entrevista 01).

A clínica de crianças exhibe questões singulares, entre estas a indicada por Leite, Sá e Bessa (2007), que consideram como essência da Pediatria entender que a criança existe em íntima relação com sua família, porquanto essas exigem proteção, cuidados, interpretação e satisfação de suas necessidades, que só podem ser satisfeitas por adultos, frequentemente, no contexto de uma família. Desta forma, os autores apontam que habilidades de comunicação devem estar presentes na prática de médicos que cuidam de crianças, conforme exposto:

[...] habilidades específicas são necessárias ao clínico para captar e desvendar à natureza dos problemas trazidos a consulta por intermédio de outra pessoa, um interprete com um grau de envolvimento afetivo de grande monta. (LEITE; SÁ; BESSA, 2007, p. 94).

Embora não dirigida especificamente a crianças, outros autores enfatizam a importância de compreender o usuário. Assim, Levenstein *et al.* (1986 citado por ELLERY, 2012) exprimem que o profissional tem duas tarefas: compreender o usuário e entender a doença. Traz a abordagem centrada no paciente como aquela que possui entre suas características os atos de acordar com os sujeitos a resolução dos problemas e certificar-se da viabilidade do tratamento prescrito.

Conforme já referido, o recém-nascido é intimamente relacionado à sua família, de sorte que olhar para a criança como sujeito demanda focar também seu contexto familiar. Ellery (2012), ao estudar a interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família, propõe para aquele grupo a adoção de uma abordagem por ela denominada de centrada na família.

A abordagem proposta pela autora acima citada também fornece sustentação ao contexto de valorização da família e condições de vida narradas pelas médicas dos ambulatórios de seguimento, tanto nas falas anteriores como na que segue. O descrito na fala sequênci evidencia tanto a busca pela adequação à realidade a que a criança é submetida como a tentativa de construção da autonomia materna, no caso, finalizado com um sentimento de impotência no desfecho desta busca.

É difícil assim, cada caso realmente é um caso, tem uns que realmente eu não vejo e que eu não ajudo a mãe em nada, tem uns que eu ensino a mãe os exercícios que eu sei né, eu tento ver onde é que a mãe mora pra ver se tem uma cidade vizinha que ela possa ir, às vezes tem uma pessoa aqui na cidade e ela fica um tempo aqui na cidade pra ela aprender alguma coisa com a equipe daqui né e às

vezes a gente não consegue e a gente fica só no seguimento mesmo, só acompanhando e não muda muito a vida do bebê, tenta melhorar né, fico meio impotente mesmo né. (Entrevista 01).

A abordagem centrada na família espera obter como efeitos no conteúdo do plano terapêutico a adoção de um foco não somente na doença, mas também nas situações onde estas emergem, incluindo a necessidade de outros saberes e práticas (ELLERY, 2012). A autora enfatiza ainda que, na abordagem pactuada, a autonomia e a corresponsabilidade da família são ampliadas.

A percepção de que todo trabalho realizado no *follow-up* deve ser direcionado para mãe e/ou para o responsável pela criança esteve presente também no estudo realizado, com profissionais que trabalham em *follow-up*, por Britto (2006). De acordo com a autora, os profissionais percebem a importância de mães e familiares se integrarem ao programa, de forma que possam compreender a relevância desse seguimento específico para a criança.

Outro aspecto que aparece nas falas das entrevistadas é compreender que o seguimento ambulatorial é uma nova etapa na vida das mães e seus filhos, sendo esta permeada por medo.

Elas realmente sentem muito medo de não saber cuidar e quanto mais prematuro isso acontece ainda mais. (Entrevista 04).

Eu percebo que elas olham para o bebê ainda com muito receio, certo? Mas elas sempre que chegam notificam alguma anormalidade que viu em casa. (Entrevista 03).

O retorno para o acompanhamento ambulatorial é um grande desafio a ser vencido pelas mães. O acolhimento pela equipe de saúde no ambulatório é capaz de suplantar as dificuldades e também de estreitar uma relação quando este elo não foi estabelecido durante o internamento (SIQUEIRA, 2011).

O aprendizado efetivo no ambiente hospitalar é referido por Couto *et. al.* (2009) como passível de ser alvo da interferência do estresse evidenciado pelos pais dos recém-nascidos durante o internamento, motivo pelo qual os pais, frequentemente, necessitam de reforço no aconselhamento após a alta do filho.

Não apenas o estresse da família, alguns trabalhos também relatam outros fatores, entre os quais as dificuldades de comunicação no ambiente de UTIN. Assim Souza e Deslandes (2009), estudando as representações na comunicação

equipe-mãe, apontam duas questões – a ocorrência de um monólogo no qual os profissionais falam e os pais escutam (e acatam) e o aspecto não verbal em que gestos e atitudes dos profissionais bloqueiam a escuta e o significado das palavras pelos pais.

c) O vínculo do profissional com a família

Um dos princípios assistenciais da linha de cuidado perinatal é a promoção de vínculo entre profissional e usuário do sistema, de forma a estreitar as relações de confiança e de corresponsabilidade, incentivando o autocuidado e o reconhecimento do risco (BRASIL, 2011b).

A palavra vínculo tem origem latina e significa algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência e a sua constituição depende de movimentos tanto dos usuários como da equipe de saúde (CAMPOS, 2002). O autor enfatiza ainda que do ponto de vista do paciente, o vínculo será constituído quando ele acreditar que a equipe de saúde contribui para defesa de sua vida, e, do lado do profissional, a base do vínculo é o compromisso com aqueles que o procuram.

Nas entrevistas, algumas falas percebem a responsabilização e o vínculo como fundamental para assegurar um seguimento responsável e efetivo. O vínculo é percebido pelos profissionais como elemento que determina o seguimento, sem o qual esse efetivamente não ocorrerá. Observa-se essa valorização nos relatos:

Se a gente não se responsabilizar, se você não tiver essa responsabilidade esse compromisso com seu paciente, nada acontece, nada, ele fica na estaca zero. (Entrevista 06).

O que eu sinto é que no *follow-up* as mães se vinculam muito a gente, a pessoa. Então quando eu já conheço a mãe facilita muito as outras consultas. (Entrevista 01).

O relato de que nada acontece na ausência de responsabilização estabelece o encontro de uma relação na qual ocorre a busca pela oferta de uma atenção integral. As falas assinalam que foram pactuados compromissos médicos nos quais existe disponibilidade para se implicar com o seguimento da criança e proporcionar uma atenção diferenciada daquela que ocorreria na ausência de responsabilização e vínculo.

Em contrapartida, as mães se vinculam à equipe, um depoimento que fecha o ciclo de corresponsabilidades estabelecidas, visto que o profissional exprime

uma atitude de defesa da melhor oferta de cuidados e aquelas que recebem os cuidados reconhecem o compromisso disponibilizado e estabelecem vínculo.

Neste trabalho, foi encontrada relação entre um cuidado responsável e uma integralidade da atenção disponibilizada. Para Bosi e Uchimura (2010), uma incursão pelo tema integralidade remete, inevitavelmente, a uma consideração acerca da ideia de cuidado, o qual transcende tanto o âmbito técnico do atendimento como o nível de atenção à saúde.

No contexto do cuidado em saúde, Gomes e Pinheiro (2005), para melhor entender os nexos constituintes do vínculo, recorrem às contribuições de Victora *et al.* (2000). Assim, acentuam ser importante observar não apenas o que é trocado, como também com quem ocorrem a troca e a densidade desta, isto é, se a ocorrência é estreita ou fluida, contínua ou habitual.

É possível dizer que o vínculo é valorizado e compreendido como indispensável ao bom andamento do acompanhamento, demonstrando ainda, uma característica de mão dupla, visto que, por um lado, as médicas se responsabilizam e por outro as mães desenvolvem a vinculação a equipe. Não existem, pois, elementos para tecer afirmações acerca da intensidade das trocas ocorridas, visto que os achados deste estudo estão fundamentados apenas na escuta de um dos elos da relação, ou seja, o profissional.

O vínculo, com apoio nas falas das entrevistadas, ao mesmo tempo em que releva um comportamento profissional responsável, também torna evidente certa fragilidade dos serviços que precisam do suporte da iniciativa e envolvimento das médicas para melhorar a condução dos recém-nascidos em situações de maior complexidade ou eventual ausência de um especialista para compartilhar a condução do caso clínico.

Não apenas os laços afetivos e o compromisso com o seguimento, mas também as relações de amizade constituídas no cotidiano do trabalho das médicas fornecem suporte para a equipe do ambulatório ampliar seu lastro de ofertas terapêuticas e diagnóstica durante o seguimento. O compromisso com os recém-nascidos e familiares faz com que, ante a inexistência de acesso a um especialista específico ou a um exame, as médicas busquem superar essa dificuldade por meio de sua rede de relações pessoais. Enfatiza-se, no entanto, a noção de que esta ocorrência é esporádica, pois as médicas consideram adequada a estrutura de seus ambulatórios. As falas exemplificam o exposto:

A outra dificuldade é ortopedia pediátrica que não tem aqui no hospital, então eu encaminho, e assim, foi um acordo verbal com o colega ortopedista que ele disse que a gente pode mandar. (Entrevista 05).

Amizades (risos). Ligo pros colegas e pede, por favor. (Entrevista 05).

[...] mas o meu amigo X eu passo e olha, tente marcar a consulta, se não conseguir venha do mesmo jeito, na quarta-feira de manhã com esse bilhete pra ele ver todos os meus pequenos, porque realmente o agendamento muitas vezes não tão marcando. (Entrevista 05).

Da mesma forma que esta pesquisa, trabalho realizado no Estado do Rio de Janeiro, por Méio *et al.* (2005), encontrou a ocorrência de convênio informal ou caso a caso, com base nos relacionamentos dos médicos para suprir ausência de alguns tipos de especialistas.

As relações informais com outros profissionais são usadas para superar eventuais dificuldades em situações específicas, no entanto, os fluxos institucionais existem e são utilizados. Como exemplo disso, tem-se o Estado sendo acionado por meio de sua Secretaria de Saúde para superar um entrave à condução do caso clínico ou as contratualizações entre instituições, conforme as falas a seguir:

[...] é tanto que há uns poucos meses atrás eu estava tendo o seguinte problema, eu estava com uma criança chegando com o exame da orelhinha alterado sem uma remarcação precisa e eu dizia isso não pode acontecer, é responsabilidade do hospital se der um exame alterado tem que sair com a avaliação decidida, é tal dia, em tal hora, aí eu ligo pra unidade ah não tá acontecendo isso, aí eu junto os meninos, aí eu tive que pegar os meninos, juntar os meninos, mostrar os meninos, aí liguei pra Secretaria de Saúde do Estado pra explicar o que estava acontecendo e se isso fosse acontecer a responsabilidade era deles. (Entrevista 02).

A gente trabalhava com um neurologista de quinze em quinze dias e depois ficou semanal e depois tirou então nós estamos já ha mais de cinco anos sem neurologista. [...] eu tenho como mandar porque eu tenho porta aberta para o doutor X (nome do doutor) nas quartas-feiras com o relatório, então é fácil. (Entrevista 02).

As estruturas dos ambulatórios não são uniformes, existindo unidades com maior disponibilidade de especialistas compondo a equipe do próprio serviço,

de forma que algumas entrevistas não exprimem necessidade de encaminhar para outras instituições, como expresso nessas duas narrativas:

Eu uso a estrutura do hospital mesmo, eu uso a agendinha do próprio hospital e encaminhamento, geralmente não tem dificuldade, demora pela demanda que é muito grande. (Entrevista 01).

[...] eu faço um encaminhamento né que tem de transferência de serviço aí eu mando pro neurologista, mando pra o endocrinologista, pro gastroenterologista, cardiologista, oftalmo... (Entrevista 06).

Quer ocorram por meio de relações informais ou por fluxos definidos pelo serviço, as narrativas revelam uma responsabilização pelo seguimento dos recém-nascidos, o que demonstra uma valorização, pelos profissionais, de um dos princípios assistenciais da linha de cuidado perinatal. Qualidade, integralidade, resolutividade e continuidade do cuidado, com responsabilização, até a resolução completa dos problemas, compõem os princípios desta linha de cuidado (BRASIL, 2011 b).

Acerca de responsabilização e vínculo, Merhy (1994), citado por Gomes e Pinheiro (2005), acentua que criar vínculo implica proximidade de relações, sendo estas capazes de se tornar sensível a todo sofrimento do outro, sentindo-se, a partir daí, responsável pela vida e morte do paciente.

Discorrendo sobre responsabilidade pelo outro, Zoboli (2009) define o que é por ela chamado de profissional cuidadoso como sendo aquele que vai ao encontro do outro, visando a criar laços e vínculo no acompanhamento da pessoa de quem está cuidando. A autora discute responsabilidade dentro de uma proposta ética, a ética do cuidado, na qual a responsabilidade é um compromisso pessoal configurado por um ato praticado: a escolha. Desta forma, ação e omissão constituem igualmente escolhas e o fato de ter sido eleito a opção de não agir não descaracteriza o ato decorrente de deliberação moral.

O encontro do vínculo como elemento importante dentro do seguimento de recém-nascidos também foi encontrado por outros estudos. Britto (2006), ao estudar as representações sociais e as práticas de seguimento do recém-nascido de alto risco, acentua que, desde o momento em que a família cria vínculo com a equipe de saúde, tanto a compreensão das orientações específicas referentes ao acompanhamento é facilitada, como o real sentido do *follow-up* é identificado pela família.

Uma revisão bibliográfica, tendo como enfoque a alta hospitalar de prematuro, realizada por Couto *et al.* (2009), discute o fato de que o desligamento da instituição não exclui a manutenção do vínculo. Para o seguimento pós-alta, a instituição deve ser vista como suporte e apoio ao binômio bebê-família.

Estudo realizado por Vieira e Mello (2009), com mães, e também com responsáveis por crianças egressas de UTIN, aponta a existência, em sua pesquisa, de cuidado e diálogo entre familiares e equipe de saúde fragmentada, com ênfase no aspecto técnico, impedindo por estes motivos estabelecimento de vínculos entre eles.

O vínculo dos profissionais com as mães é valorizado pelas médicas entrevistadas e a sua existência é um elemento que facilita a condução dos recém-nascidos.

7.2.2 O cotidiano de trabalho nos ambulatórios

Nesta categoria de análise, mostrar-se-ão as percepções das médicas que trabalham nos ambulatórios especializados sobre questões que permeiam seu dia a dia no trabalho, ora se constituindo facilidade para a oferta da atenção ora impondo-se como uma dificuldade a ser superada.

No exercício da profissão médica, assim como nas demais pertencentes à área da saúde, muitas demandas são programadas e previstas pelo planejamento dos serviços, e sua condução faz parte das normas e rotinas da instituição. Outras, no entanto, nascem da singularidade do cuidado com cada paciente e a condução muitas vezes requer arranjos elaborados pelo responsável pelo cuidado para melhor condução do caso clínico.

Durante a formação de compromissos entre pessoas, o singular seria definido como um contrato entre, de um lado, a influência de determinantes universais e, de outro, o contexto particular e os interesses exclusivos do sujeito (CAMPOS, 2005).

Dialogando com o modelo proposto pela pesquisa, as questões a seguir abordadas envolvem o cuidado fora da família e as articulações ocorridas, com a finalidade de referenciar para outros serviços.

Seria impossível dar conta da riqueza de intercorrências que necessitariam de atenção individualizada. Aqui, serão abordadas questões nascidas

da singularidade do cuidado, mas cuja frequência do seu encontro justificaria a existência de outras formas de abordar essas demandas.

Com amparo nestas reflexões, sugeriram as seguintes subcategorias: a) A agenda aberta no ambulatório de seguimento; b) O compartilhamento da atenção com a Estratégia de Saúde da Família; e c) Os recém-nascidos procedentes do interior.

a) A agenda aberta no ambulatório de seguimento

Os recém-nascidos egressos de UTIN expressam muitas vulnerabilidades e riscos, sendo, portanto, potencialmente sujeitos à ocorrência de eventos agudos. A linha de cuidado perinatal preconiza a vigilância à saúde, sendo esta compreendida como uma atitude ativa do serviço, que deve ser assumida em situações de maior risco (BRASIL, 2011b). É importante referir que a Secretaria de Atenção à Saúde, ao editar o Manual de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, estabelece como fundamental a oferta de uma agenda aberta, permitindo que o bebê possa retornar em caso de necessidade, mesmo que não esteja agendado (BRASIL, p. 24, 2011d). O manual não estabelece, no entanto, se esta seria responsabilidade da atenção básica ou do ambulatório de seguimento.

O atendimento não agendado nas falas das médicas entrevistadas aparece dentro de um reconhecimento de que sua ocorrência é frequente, não sendo, no entanto, disponibilizada como atendimento programado no cotidiano do ambulatório, como demonstrado a seguir.

Elas são orientadas para independente do dia marcado ser atendida, embora, é claro que a gente não dá essa informação, pode vim qualquer dia? Não, agora algumas eu digo. Hoje eu tive uma mãe que eu disse que olhe, eu vou entrar de férias, mas próxima semana qualquer dia pode vir,... agora a informação daqui é assim: a consulta é no dia marcado, mas qualquer criança, qualquer uma das funcionárias elas estão orientadas chegou tem que ser atendida independente dela estar agendada. (Entrevista 02).

É esclarecida a ela que não existe essa consulta fora da agenda, que ela precisa da consulta de urgência é pra ir procurar o serviço do posto né, do posto mais próximo da casa dela. A grande maioria leva pro posto, mas uma minoria não aceita ou porque não tem acesso a essa consulta de urgência, que não existe ou porque estava superlotado ou porque não confia e aí procura aqui o serviço. Quando dá eu realmente atendo, mas a grande maioria eu atendo. (Entrevista 05).

Muito embora não fazendo parte da estrutura programada para o seguimento ambulatorial pesquisado, as médicas reconhecem que existe procura materna por apoio na ocorrência de eventos agudos com seus filhos seja esta demanda proveniente da superlotação da rede de urgência e emergência, como justificado na fala acima, ou pela relação de confiança estabelecida entre mães e a equipe do ambulatório.

Estudo com mães na cidade de Fortaleza/CE, realizado por Melo (2010), acerca da experiência materna durante e após a internação hospitalar de prematuros, observou que as mães não se sentiam seguras diante de intercorrências, pois entendiam que o ambulatório apenas ofertava consulta com agendamento prévio.

Uns dos entraves apontados pelas médicas para a oferta de agenda aberta é o volume da demanda já agendada, que dificulta incluir encaixes ou flexibilizar os dias de atendimento, como narrado em seguida:

Nós não temos muitos profissionais com agenda aberta e favorável a encaixar vários outros bebês fora aquele cronograma certo, então às vezes você atende como extra, mas o ideal mesmo e a orientação que a gente passa pra elas é que quando ela tem um probleminha com o bebê fora aquela data da consulta que foi agendada ela tem que procurar a unidade básica de saúde próximo da sua casa, levar todos os papezinhos de resumo de alta né pra que o outro médico que vai acompanhar o bebê possa ter essa ideia de como o bebê evoluiu dentro da unidade e como ele tá evoluindo. (Entrevista 03).

É complicado porque nos meus horários não falta ninguém praticamente aí fica complicado a gente encaixar, aqui quase não acontece. Eles realmente são orientados a procurar o posto de saúde para as intercorrências, salvo exceções, porque tudo na vida tem exceção, às vezes tem aquele bebê que é prematuro extremo e que a gente já conhece aí a gente dá um jeito, mas fica difícil porque a agenda é acochada. (Entrevista 04).

[...] hoje tem muita gente marcada porque eu vou entrar de férias e toda vida que eu vou entrar de férias a agenda superlota, mas acontece muito delas não virem no dia e no outro dia vem demais, acontece muito. (Entrevista 02).

Esse lugar de suporte às intercorrências não parece ser o ambulatório de seguimento na compreensão das médicas, embora seja continuamente enfatizado o fato de que, uma vez ocorrendo a procura materna, o serviço faz acolhida.

Note-se que a agenda aberta, conceitualmente, traz em seu pressuposto um referencial de responsabilização e de acolhida. Ofertar uma agenda nestes moldes significa que toda demanda proveniente da necessidade materna terá atendimento assegurado. Destaque-se, no entanto, a noção de que os achados desta pesquisa não apresentam a agenda aberta como oferta institucional programada. Ao ambulatório cabe a função de fazer o acompanhamento do desenvolvimento como aqui expresso:

Porque elas sabem que se elas tão me procurando, eu sempre explico ó nós fazemos acompanhamento do desenvolvimento do nenê, então elas são preparadas se o bebê tiver uma gripe, se o bebê tiver um cansaço ou uma diarreia elas são vinculadas ao posto de saúde próximo a casa delas, então eu já peço que elas mantenham esse vínculo com o local que elas moram porque é mais perto. Quando tem alguma coisa que é sério e que eu sei que deve ser sério, porque quando elas veem fora extrapolando o que já está marcado é alguma coisa séria, ou o bebê convulsionou, entendeu, ou algum resultado de exame que eu pedi e que deu alterado e que elas ficaram angustiadas e precisam me mostrar aí eu não volto. (Entrevista 06).

Não pode separar, mas a tarefa primordial de um follow-up é a atenção ao desenvolvimento da criança, mas como separar da vacina, da nutrição não tem como, mas o foco são as morbidades, mas principalmente o foco no desenvolvimento da criança. (Entrevista 04).

Na compreensão das médicas entrevistadas, o suporte às intercorrências é de responsabilidade da Estratégia Saúde da Família.

b) O compartilhamento da atenção com a Estratégia Saúde da Família

Os recém-nascidos são acompanhados conjuntamente pelos ambulatórios especializados e pela Estratégia Saúde da Família, cabendo realmente a esta estratégia, em acordo com as falas das médicas, a condução das intercorrências clínicas:

[...] se o bebê tiver um cansaço ou uma diarreia elas são vinculadas ao posto de saúde próximo a casa delas, então eu já peço que elas mantenham esse vínculo com o local que elas moram porque é mais perto. (Entrevista 06).

Junto ao suporte à intercorrência clínica aparecem também um compartilhamento do seguimento e um reconhecimento na necessidade de dividir com a Estratégia Saúde da Família o acompanhamento:

Um bebê que precisa ser acompanhado o peso e a mãe disse eu não posso vir doutora porque é muito longe, eu faço um bilhete e geralmente pra agente de saúde, pra pessoa que puder pesar o bebê com mais frequência geralmente dá certo. (Entrevista 01).

Ela é necessária demais por quê? Porque a mãe tem muita dificuldade de vir, ela mora distante, por exemplo, esses bebês que eu fico vejo semanalmente por causa do peso não precisava né. (Entrevista 02).

[...] a gente acompanha mensal os seis primeiros meses e bimensal o segundo semestre. Eu começo uma dieta e a mãe acaba não iniciando, quando ela vem pra mim com oito meses ela não iniciou a dieta adequada, se ela tivesse um acompanhamento próximo que checasse isso aí seria bem melhor. (Entrevista 02).

Uma vez que é necessário o acompanhamento pelos dois serviços, uma questão emergente é conhecer de que forma ocorre a comunicação entre eles. Existe uma informalidade nas relações, nas quais cabe à mãe ou aos familiares a constituição de um elo entre eles.

De tal modo, se pode dizer que dois dentre os dez critérios sugeridos em Hartz e Contandriopoulos (2004), para o reconhecimento de uma rede integrada de serviços não são encontrados no funcionamento dos ambulatórios. Fora da estrutura ambulatorial, mães e familiares são fonte de informação para que outros serviços conheçam sua história de utilização de serviços, bem como procedimentos e medicamentos. As falas exemplificam um pouco desta questão.

[...] eu mando recadinho, eu mando bilhete... a mãe leva e alguns casos como eu te disse que a assistente social tem vínculo com alguma cidade aí ela liga. (Entrevista 01).

[...] e pra unidade básica mesmo eu não tenho nenhuma comunicação, assim, eu faço a minha consulta e oriento pra ela continuar fazendo a puericultura lá mesmo, mas nem comunicação minha pra eles e nem deles pra mim. (Entrevista 05).

Não, praticamente não temos essa comunicação, nós apenas orientamos as mães a procurarem a unidade básica e aí procurar ajuda do pediatra que tá lá, mas não temos o *feedback*, nós não temos o *feedback* disso pelo profissional de saúde de jeito nenhum. (Entrevista 03).

Não, geralmente a mãe me diz, não tem nada por escrito não, alguns estão anotados no cartão porque ninguém valoriza aquele cartão porque perde muito tempo né, que a gente chama cartão de vacina e é cartão da criança e ninguém preenche né, mas a minoria tá preenchida, a mãe geralmente me diz, aí eu tenho que ver quando foi... (Entrevista 01).

Achado semelhante foi o de Vieira e Melo (2009), ao estudarem o seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso, egressa de UTIN. As autoras destacaram como necessário trabalhar a interface do cuidado configurado na atenção pelo ambulatório de especialidades e atenção básica. Portanto, os dois serviços supracitados devem funcionar integrados para completar o cuidado às famílias e aos recém-nascidos.

Estudo realizado por Melo (2010) em Fortaleza/CE aponta semelhança de achados, ao descrever que muito há de ser feito para a ocorrência de um sistema de referência e contrarreferência articulado e capaz de proporcionar agilidade de comunicação entre os serviços ante natais, parto e seguimento de recém-nascidos.

Almeida *et al.* (2010), quando estudaram os desafios da coordenação do cuidado em quatro municípios brasileiros, também notaram ausência de mecanismos de contrarreferência. Identificaram, no entanto, a existência de um conjunto de medidas visando à coordenação de cuidados, descrição que não caracteriza exatamente um contraponto aos achados acima, pois revelador de algo em construção.

A Secretaria de Atenção à Saúde determina que sejam pactuados acordos de funcionamento entre os serviços nos quais devem ficar claras as atribuições e responsabilidades dos profissionais. Orienta, portanto, a definição de um fluxo para assistência desta população (BRASIL, 2011b). A Secretaria defende ainda a ideia de que apenas desta forma ocorrerá uma atenção resolutiva com potencial de redução de mortalidade por causas evitáveis.

Note-se que uma das falas, especificamente a da entrevistada 01, faz referência ao Cartão da Criança. A linha de cuidado perinatal, ao fazer detalhamento das ações necessárias à vigilância à saúde do recém-nascido, orienta com vistas a que seja entregue à mãe o Cartão da Criança, onde devem ser registradas história clínica e as intercorrências do bebê. Esta é uma ação fundamental o entendimento da condição de saúde pela equipe, sejam eles da atenção básica ou atenção especializada (BRASIL, 2011 b).

Ao mesmo tempo em que é valorizado pelas médicas o acompanhamento conjunto pelos dois serviços – ambulatório especializado e Estratégia Saúde da Família – é possível divisar nas narrativas a seguir uma insegurança acerca da garantia do atendimento fora da estrutura dos ambulatórios.

[...] eu prefiro não voltar porque eu não tenho garantias que vai ser acompanhado perto de casa, entendeu. Assim, complicou é melhor trazer pra mim porque eu não tenho garantia. (Entrevista 02).

[...] eles não querem consultar esses bebês porque muito dos bebês que tem algum problema mais sério eles mandam voltar pra se consultar na maternidade, às vezes nem me conhece ainda e quando vem pra minha consulta diz doutora eu fui pra o posto e eles disseram não senhora, a senhora tem que fazer sua consulta lá na maternidade, a senhora tem que voltar lá pra maternidade onde ele nasceu, porque é um bebê prematuro. (Entrevista 06).

Nestas falas, evidencia-se o fato de que não existe confiança na oferta de uma continuidade do cuidado. É provável que a efetiva utilização de um instrumento de comunicação entre os dois níveis de atenção, no qual ficassem evidentes os cuidados e planos terapêuticos desenvolvidos para os recém-nascidos, tornasse fortalecida a confiança entre os serviços e qualificada a atenção aos egressos de UTIN sob a perspectiva de compartilhamento de assistência.

Os relatos das entrevistadas evidenciam a necessidade de aprimorar o compartilhamento do seguimento de recém-nascidos de risco junto à Estratégia Saúde da Família, porquanto é uma orientação da linha de cuidado perinatal. Constata-se, também, com apoio no cotidiano de trabalho no ambulatório de seguimento, que esta atenção compartilhada propicia uma atenção baseada nos princípios da integralidade.

c) Os recém-nascidos procedentes do interior

As dificuldades com o seguimento dos pacientes provenientes de municípios que não a Capital permeiam as falas das médicas entrevistadas, ora aparecendo o sofrimento materno ora revelando a ausência de estrutura de apoio à condução do acompanhamento naquelas cidades. Vejamos a reprodução de suas falas:

Tu conheces o interior? Eu conheço muito pouco viu e assim, eu conheço pelos olhos delas né, que é muito sofrimento, é muito. Financeiro, as secretarias elas não querem saber desses bebês, eles não se interessam pelo menos é o que eu vejo a luta, a luta é grande pra vir um bebê desses pra uma consulta e eu digo você tem direito, a secretaria tem que disponibilizar um carro pra você vir. (Entrevista 06).

Elas pedem desculpa a mim porque faltaram a consulta né, quer dizer, como se fosse, elas tivessem fazendo favor a mim trazer o

bebê delas, doutora é porque não tinha transporte, que a dificuldade, o município não quer dar né e elas são humilhadas às vezes porque é muito difícil sair de madrugada do local lá elas tem dificuldade e assim não existe um vínculo, acho que falta um vínculo do interior e uma responsabilidade por eles, entendeu, é como se desse o transporte de favor e não dão mais nada fora o transporte. (Entrevista 01).

O sistema municipal de saúde em Fortaleza, de acordo com Melo (2010), tem proporcionado frágil cobertura às crianças egressas de UTIN. (Este estudo não faz referência à estrutura de apoio ao seguimento fora deste centro urbano).

Ao avaliar a continuidade do cuidado e vigilância em saúde, após a alta hospitalar em estudo sobre mortalidade infantil neonatal no Brasil, é destacado por França e Lansky (2008, p. 20) o seguinte:

Falta ainda rede organizada de assistência ao RN de alto risco, que demanda atenção regionalizada e especializada para a promoção de sua qualidade de vida, tendo em vista o aumento da sobrevivência de crianças prematuras e/ou com patologias e sequelas graves, paradoxo do cuidado intensivo neonatal.

Note-se que esse artigo referido, além de apontar a ausência de rede organizada para a atenção após a alta, faz também referência a uma questão anterior, ou seja, a dificuldade de acesso de recém-nascidos a leitos intermediários e de cuidado intensivo, em decorrência do grande déficit de leitos e profissionais treinados para esse atendimento, sendo este fato mais grave no interior e nas regiões Norte e Nordeste do País, sendo frequente a concentração de leitos especializados nas capitais.

De tal modo, pode ser percebido que a dificuldade com pacientes residentes longe dos grandes centros urbanos parece iniciar durante a atenção ao parto e nascimento e persiste na atenção após a alta.

Embora não sendo direcionados especificamente para a linha de cuidado perinatal, merecem destaque os dados seguintes, visto que dialogam com as dificuldades de acesso e a necessidade de regionalização da assistência:

A probabilidade de um paciente ser internado num hospital aumenta com a disponibilidade de leitos e de unidades de atenção básica e diminui com a distância entre o município onde vive o paciente e o local onde serviço esta disponível. Essa situação é preocupante, pois uma em cada cinco internações hospitalares no SUS ocorre em hospitais de municípios diferentes daquele onde o paciente vive. Assim, habitantes de município pobres tem menos possibilidade de obter internação que habitantes de municípios mais ricos, o que exige políticas não somente para regionalizar e assegurar o transporte de pacientes ao hospital, mas também para modificar os

modelos de cuidado de modo a reduzir tais desigualdades no acesso. (PAIM *et al.*, 2011, p. 25).

O Ministério da Saúde do Brasil, ainda de acordo com os autores há pouco mencionados, procura organizar as redes de serviço, fortalecendo o PSF, cuja grande expansão ocorreu nos anos 1990. Em 2010, 85% dos municípios brasileiros mantinham equipes de Saúde da Família implantadas, totalizando 30 mil equipes. Cabe, portanto, à atenção básica ofertar acesso universal e coordenar e expandir a cobertura para níveis de maior complexidade, como a assistência especializada e hospitalar.

Na área de saúde da criança, segundo informam Amaral *et. al.* (2008), a utilização da técnica AIDPI demonstra importantes resultados na sobrevivência infantil, por meio de ações para melhorar o desempenho dos profissionais, organizar o sistema de saúde e melhorar as práticas das famílias. No estudo ora referido, os autores trabalham o conceito de equidade inversa e ressaltam que:

As secretarias estaduais de saúde parecem não ter levado em conta a equidade ao introduzir a estratégia em nível municipal. Os resultados do presente estudo mostraram que quanto menor o IDH do município, menor sua população e maior sua distância da capital, e conseqüentemente, menor a introdução da AIDPI. (AMARAL *et. al.*, 2008, p. 604)

É relevante exprimir que a fala das entrevistadas, além de fazer referência à dificuldade de apoio institucional para deslocamento do recém-nascido até o ambulatório especializado, situado em Fortaleza, também aponta a falta de estrutura e a carência de pediatras ou de profissional que já tenha recebido capacitação direcionada para o seguimento de crianças de risco.

[...] muitas vezes elas moram às vezes no interior e não tem pediatra e elas reclamam muito disso né que não tem profissional pra ver. Em segundo lugar tratar o prematuro como um bebê a termo normal né, a começar pelas tabelas de peso, estava desnutrido e quando na verdade nem fez a idade corrigida. (Entrevista 04).

[...] porque você não pode ficar lá no interior e se consultar com o clínico porque muitas vezes não tem o pediatra e com o clínico e o clínico não saber o que fazer com o seu nenê. (Entrevista 06).

Muitas vezes nós temos pacientes do interior, nós temos pacientes a quinhentos quilômetros daqui tipo bebê que mora lá em Iguatu e que são prematuros extremos. Eu tenho um prematuro extremo lá que graças a Deus está muito bem, mas um bebê que evoluiu com uma diplegia e lá não tem muita estrutura pra fazer estimulação e esse

bebê é um bebê extremo e eu acho que ele tem seiscentos e oitenta gramas e alguma coisa assim... (Entrevista 03).

Estudo realizado por Vieira *et. al* (2009) indica a vulnerabilidade institucional a que os recém-nascidos egressos de UTIN são submetidos. Ressalta que, ao trabalhar este componente, é importante levar em consideração o monitoramento de programas nacionais regionais e locais de prevenção e cuidado, de forma que sejam identificadas necessidades, canalizados os recursos sociais e otimizado seu uso.

Proporcionar um seguimento ao egresso de UTI neonatal em meio a todas estas dificuldades, expressas nas percepções das médicas que compõem as equipes dos ambulatórios de seguimento da cidade de Fortaleza, não é uma tarefa simples. Existe necessidade de definição de estratégias facilitadoras da atenção após a alta para estes recém-nascidos que, além das vulnerabilidades inerentes às condições do nascimento, parecem também estar mais expostos às fragilidades decorrentes da estruturação da rede de serviços do que os recém-nascidos residentes em grandes centros urbanos.

7.2.3 Percepção dos profissionais sobre o seguimento ofertado

O reconhecimento de que houve evolução na qualidade do atendimento ofertado permeia as falas das entrevistadas, como demonstra este recorte:

Eu acho que de um ano e meio pra cá eu acho que as coisas já vêm melhorando. (Entrevista 04).

Em busca de expressar que fatores foram determinantes para indicar uma percepção de avanço na qualidade do atendimento ofertado, foi possível perceber que uma das entrevistadas faz uma síntese de duas questões fundamentais – o espaço físico e trabalho em equipe – finalizando com uma verbalização de satisfação com o trabalho desenvolvido.

Bom, aqui eu acho que a gente tá vivendo assim um sonho, porque no início do follow-up que foi nos anos noventa e três a gente começou num espaço assim com muita boa vontade somente, mas a gente tentava fazer a estimulação no espaçozinho acho que uns três metros por dois e assim tudo com muita dificuldade, não tínhamos equipe suficiente e hoje aqui na reforma a gente tem esse espaço né, a gente tem duas salas de estimulação, nós temos dois consultórios, uma salinha de reunião e temos uma equipe que graças a Deus eu acho que maravilhosa né. (Entrevista 03).

Em meio às dificuldades, o sentimento de satisfação com o trabalho aparece em todos os relatos colhidos neste estudo, conforme elas mesmas expressam:

De facilidade, eu assim estou muito satisfeita com o serviço aqui que o hospital está dispondo pra essas crianças. (Entrevista 05).

[...] como pessoa assim eu gosto do que eu faço, eu gosto, eu me sinto estimulada, apesar das mães que são muito humildes e a gente repete a mesma coisa cem vezes né [...] geralmente eu gosto muito, apesar de tudo. (Entrevista 01).

A segunda deste bloco de falas revela uma contradição presente no mundo do trabalho: gostar apesar das adversidades. Para sintetizar esta dicotomia, o questionamento seguinte merece ser apresentado: “Seria de fato possível separar trabalho e prazer, para sempre, ainda quando em inúmeras situações, de fato, o trabalho seja penoso?” (CAMPOS, 2005, p. 51).

Ao propor a reconstituição conceitual e prática do trabalho em saúde, Campos (2005) aponta que deve ser apostado na criação de espaços de trabalho que permitam conciliar a sobrevivência com produção de obra. Composto o conceito desta, estariam incluídos todos os elementos do processo produtivo, como, por exemplo, concepção, execução e o produto final.

O prazer no trabalho pode decorrer não apenas da atividade em si, mas também da busca de superação dos desafios provenientes da atividade laboral (SOUZA; DESLANDES, 2010). Ao fazer referência à dinâmica de prazer e desgaste em UTIN, as autoras relacionam prazer ao investimento na produção de cuidados de saúde e, portanto, ao trabalho bem-sucedido.

Quando foi feita referência à estrutura física, haja vista que nem todas as médicas trabalham no mesmo serviço, percebem-se realidades antagônicas nas falas das entrevistadas. Pode ser dito que enquanto um dos ambulatórios ampliou seu espaço, dois outros ainda exibem uma ambiência com debilidades estruturais. Vejamos os depoimentos:

[...] outra dificuldade é a estrutura física que não tem. (Entrevista 01).

É, e assim eu gosto do que eu faço, amo, nada me compensa, dinheiro que eu ganho lá não me compensa, a sala que eu atendo é muito quente, é horrível e também não compensa. A única coisa que compensa realmente eu tá diante dessas mães é o amor de gratidão que elas tem na hora que o bebê delas começa a andar, que o bebê

dela ouve, que o bebê tá de óculos e que ela vê se ela não tivesse feito nada daquilo o bebê não estaria tão bem. (Entrevista 06).

A valorização das estruturas das instituições públicas de saúde do Brasil é debatida dentro do conceito de ambiência, sendo esta entendida como o tratamento dispensado aos espaços físicos. De acordo com o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, a ambiência hospitalar deve ser capaz de proporcionar uma atenção acolhedora, humana e resolutiva (BRASIL, 2004). Tal núcleo determina que a ideia de ambiência siga três eixos, conforme descrito (BRASIL, 2004, p.5):

- o espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho;
- o espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem; e
- o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2004), por meio de seu Departamento de Neonatologia, elaborou documento científico, onde constam requisitos mínimos para o funcionamento de unidades neonatais no País. De acordo com o referido Departamento, o ambulatório de atenção integral ao desenvolvimento de recém-nascido de alto risco deve apresentar pelo menos os seguintes recursos físicos: sala adequadamente ventilada e iluminada de, no mínimo, 16 m²; local para secretaria, com mesa e cadeira, sala de espera com cadeira para amamentação e pia para lavagem das mãos.

Um aspecto fartamente enfatizado pelo grupo entrevistado foi a disponibilidade de uma equipe multiprofissional, expressa como aspecto facilitador do seguimento.

[...] e temos uma equipe que graças a Deus eu acho que é maravilhosa né. Nós temos duas enfermeiras, nós temos dois neuropediatras, temos três medicas neonatologista com formação, formação assim, cada um de nós acha que se dedicou também um pouquinho a essa parte dos movimentos né ao longo desses anos, e temos uma nutricionista que dá apoio ao ambulatório, temos uma psicóloga que dá apoio também. (Entrevista 03).

[...] tenho a equipe razoável, tenho oftalmo, tem neuro e como o hospital é enorme eu acabo mandando pra especialista quando eu preciso sabe? (Entrevista 01).

A gente tem toda a equipe montada. (Entrevista 02).

[...] é muito bom trabalhar e ter essa condição de poder contar com as especialidades gastropediatria que a gente usa demais, a pneumologia, nefro, endocrinologia. (Entrevista 04).

Na atualidade, os programas de seguimento trabalham com equipe multiprofissional cuja composição inclui além do pediatra, um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social, cuja coordenação deve caber ao pediatra. Um grupo responsável pela reabilitação formado por fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional também deve compor a equipe (CARDOSO; FALCÃO, 2004).

Ainda de acordo com esses autores, a depender da indicação de cada paciente, deverão também acompanhar as crianças de risco os seguintes profissionais com formação na área de Pediatria: neurologista, oftalmologista, pneumologista, gastroenterologista e cardiologista.

Ao longo da leitura das entrevistas, foram captadas duas diferentes formas de relação entre os profissionais, como visto a seguir:

Lá especificamente assim tem todo especialista e é mais fácil, eu pessoalmente nem tenho tempo e nem vou assim aos especialistas, geralmente é uma coisa por escrito e quando tem eu faço os encaminhamentos né, o que tem lá geralmente a gente consegue... (Entrevista 01).

[...] é sala com sala. A sala dela é aqui na frente e eu entro e falo, peço, peço pra ver o menino mais vezes e elas chegam pra mim olha esse menino não era teu, mas tá assim e da pra tu ficares olhando. (Entrevista 02).

O modo como os integrantes do ambulatório estabelecem relações não foi questionado pelas entrevistadas desta pesquisa; no entanto, Furtado (2007) alerta para a noção de que existe um relativo consenso acerca da necessidade de integrar disciplinas, saberes e práticas, acentuando, ainda, o seguinte:

Algum grau de interação entre disciplinas próximas sempre acontece, porém a forma e intensidade desse intercâmbio podem variar significativamente. Na tentativa de caracterizar melhor as diferentes formas de aproximação e trocas entre saberes e disciplinas, alguns autores elaboraram conceitos delineando os modos de interação disciplinar, fixando-os em algum ponto entre dois pólos: por um lado, quase nenhum contato entre as disciplinas, e, no outro extremo, grande intercâmbio entre elas. Assim, teríamos a multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade, a

interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, que representariam, respectivamente, graus cada vez maiores de interação e troca entre universos disciplinares distintos. (FURTADO, 2007, p. 240)

Não foi possível visualizar, nesta pesquisa como é desenvolvido o trabalho em equipe, ou seja, como ocorre o relacionamento entre os membros na condução do seguimento. A presença da equipe foi valorizada pelos seus componentes.

Finalizando as questões inerentes às percepções sobre o seguimento ofertado, demonstra-se um sentimento de necessidade de reconhecimento do trabalho desenvolvido, seja este por parte das demais categorias profissionais ou pela gestão dos serviços. Esses mesmos profissionais que avaliam os seus serviços sob uma perspectiva de melhoria da oferta também conclamam: olhem para os nossos serviços, ainda há muito a ser feito!

[...] a gente é sempre o último a ter alguma melhoria porque são bebês sequelados, bebês que saem do internamento e mesmo do ponto de vista assim de chamar atenção e não chamam atenção, o que chama atenção é internação, o corredor se está vazio ou se não está cheio, está entendendo, mas assim, não é uma culpa do serviço eu acho que é o todo. (Entrevista 01).

Hoje a gente não tem, eu não tenho atenção nenhuma, pelo contrário, antes de ontem eu tive a oportunidade de pela primeira vez de noventa e quatro pra cá ir mostrar meu serviço para o hospital, quer dizer, as pessoas ficaram e não sabiam que tinha, não sabia como que era... (Entrevista 02).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um contexto de ambulatórios de seguimentos que buscam ofertar atenção a recém-nascidos egressos de UTIN, em conformidade com o que é preconizado pela linha de cuidado perinatal, resta claro que esta não é uma tarefa simples. Ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, consolida-se um sentimento de admiração e respeito às neonatologistas que compõem a equipe de seguimento, visto que ficou evidente um exercício profissional com muita dedicação.

O tema integralidade, base-matriz para este estudo, não foi aqui plenamente explorado, nem poderia ser, haja vista a sua magnitude. Em vista disto, apontam-se, tão-só, alguns aspectos da integralidade da atenção disponibilizada aos egressos de UTIN. Feita esta ressalva, buscou-se exprimir elementos relativos tanto à dimensão das práticas assistências, como da organização dos serviços.

Assim, dentro das dimensões das práticas assistenciais, relaciona-se integralidade ao encontro entre sujeitos, tanto aqueles ocorridos entre profissionais de uma equipe de saúde como, também, entre familiares de recém-nascidos e profissionais. Com isso, surgem condições para propiciar atenção humanizada, responsabilização e vínculo. No que concerne à organização de serviços, pode-se reconhecer, ainda, a vinculação entre esta e a integralidade, visto que a existência de sistemas integrados de saúde favorece a oferta de uma atenção de qualidade.

Ao longo desta pesquisa, foi possível conhecer o modo como as médicas neonatologistas dos ambulatórios de seguimento da cidade de Fortaleza percebem o conhecimento materno acerca do acompanhamento dos seus filhos no momento após a alta e como esta questão é trabalhada durante as consultas subsequentes.

A permanência na UTIN foi considerada pelos profissionais como um dos elementos que favoreciam o reconhecimento materno desta necessidade, sendo atribuída importância ao acesso a informações disponibilizadas no transcorrer deste tempo. Foi reconhecido o fato de que a maioria das mães chega ao ambulatório tendo recebido orientações prévias. Mesmo assim ocorrendo, existe necessidade de trabalhar esse conhecimento ao longo do seguimento ambulatorial.

As orientações recebidas pelas mães ao longo do internamento não são suficientes para embasar o cuidado em domicílio, de tal modo que o processo de aprendizado deve continuar nas consultas de seguimento. Assim, o suporte a esse

processo é responsabilidade tanto da unidade neonatal como dos ambulatórios de seguimento.

Na continuidade do processo de ofertar às mães suporte para compreender o seguimento dos seus filhos, a primeira consulta de seguimento é valorizada pelos profissionais e o tempo disponibilizado é destacado como um elemento que diferencia esta das demais.

Diferentes formas de abordagens são percebidas quando as médicas descrevem suas consultas, de forma que tanto um caráter prescritivo como uma abordagem centrada na família são encontrados. Ressalte-se que está sendo feita referência ao que foi descrito pelas entrevistadas.

Acredita-se que o suporte a essa nova etapa no cotidiano materno, ou seja, o pós-alta, deve cada vez mais se aproximar da abordagem centrada na família, como forma de qualificar o cuidado em domicílio por meio de adequação às necessidades referidas pelas famílias e pelo estabelecimento da autonomia materna.

A unidade neonatal é, de certa forma, um espaço protegido, onde a monitorização clínica ocorre sem interrupção, os momentos que sucedem a alta são permeados por medo para as mães e a família. A abordagem durante o seguimento deve ampliar as possibilidades das famílias expressarem dificuldades e dúvidas nascidas no cuidado em domicílio.

O vínculo, um dos princípios assistenciais da linha de cuidado perinatal, foi percebido como um dos fatores que contribuem para a melhoria da atenção ofertada, e seu encontro foi valorizado pelas médicas.

Em alguns momentos, a referência à responsabilização e ao vínculo desenvolvido revelou alguma fragilidade dos serviços, o que, eventualmente, faz com que os profissionais utilizem relações informais de amizade para resolver situações complexas ou superar ocasionais ausências de um especialista necessário ao seguimento.

As estruturas de apoio clínico e diagnóstico nos ambulatórios estudados não são uniformes, no entanto, os fluxos de encaminhamento para especialistas pertencentes ao mesmo ambulatório são bem estruturados dentro de cada serviço. O relatório de alta é referido como facilitador do seguimento e não existe queixa relativa ao seu não recebimento.

Três pontos emergem do compartilhamento da atenção com a Estratégia Saúde da Família: a forma de comunicação entre os serviços, as atribuições de cada instituição e a confiança na continuidade do cuidado.

A forma de comunicação entre Estratégia Saúde da Família e ambulatório de seguimento necessita de aprimoramento, visto que a mãe ainda tem papel fundamental na veiculação das informações com pouca utilização de instrumentos institucionais de referência e contrarreferência, e até mesmo do cartão da criança.

A responsabilidade pela condução de eventos agudos é atribuída à Estratégia Saúde da Família. Ficou evidente que os ambulatórios não trabalham com demanda não agendada, muito embora reconheçam que existe procura materna por esse tipo de apoio, sendo relatado que, na busca pelo atendimento, este é efetuado.

No desenho de um modelo de atenção baseado na integralidade da atenção, acredita-se ser este um dos aspectos que precisa ser trabalhado, visto que essas são crianças com muitas vulnerabilidades e riscos e, portanto, potencialmente sujeitas à ocorrência de eventos agudos.

Dito de outra forma, seria responder como ofertar cuidados de qualidade fora do lar na ocorrência de um evento agudo. Seja esta uma tarefa da atenção básica ou da equipe de seguimento, as famílias precisam de suporte neste momento, de forma a permitir diagnóstico precoce e início de terapêutica em tempo hábil.

O que parece ambíguo é não acreditar que a continuidade do cuidado ocorra na Estratégia Saúde da Família, e, ao mesmo tempo, creditar apenas a esta a responsabilidade por intercorrências clínicas. Parece contraditório ofertar um acompanhamento regular com vínculos estabelecidos entre profissionais e familiares e não dispensar apoio a demandas não agendadas, principalmente porque estas, provavelmente, são grandes geradoras de estresse materno.

Uma das limitações encontradas neste estudo pode ser o fato de não se haver entrevistado profissionais da Estratégia Saúde da Família. É provável que esta possível escuta tivesse contribuído com novos elementos para avaliar a atenção após a alta, principalmente em relação ao que as médicas do seguimento creditam como responsabilidade da atenção básica.

Identificam-se, ao longo da análise do cotidiano de trabalho no ambulatório, os entraves à condução do acompanhamento de pacientes residentes

em municípios fora da Capital. São evidentes dificuldades de deslocamento da cidade de residência para Fortaleza e relatos de ausência de estruturas com profissionais que tenham recebido capacitação direcionada para o seguimento de crianças de alto risco.

Constitui-se outra limitação deste estudo, referente à questão há pouco expressa, a não delimitação dos municípios nos quais são evidenciadas as dificuldades ora relatadas, fato que motiva, decerto, posterior investigação.

Por outro lado, ficou evidente o fato de que os serviços buscam estratégias para minimizar estas dificuldades, uma das quais é agendar várias consultas e exames para um mesmo dia. Parece também haver busca de elaboração de um plano de cuidados no domicílio que leva em consideração este contexto social.

Quanto à percepção dos profissionais sobre o seguimento ofertado, foi verificado que existe um reconhecimento de que a qualidade do atendimento melhorou paulatinamente ao longo dos últimos anos. Importante é citar que tais percepções são provenientes de um grupo de profissionais envolvidos com o trabalho desenvolvido e que declaram exercer seu ofício com satisfação, mesmo diante dos entraves.

A ambiência é referida como um desses óbices, embora não de modo uniforme, visto que algumas entrevistadas citam a ambiência como fator limitante, ao passo que outras a consideram como um dos elementos que obteve melhorias nos últimos anos, fato demonstrativo de que há diferentes estruturas físicas nos serviços de Fortaleza.

A disponibilidade de uma equipe multiprofissional montada nos serviços foi fartamente citada como facilitadora do seguimento ofertado, não sendo possível, com suporte nas entrevistas, conhecer o modo como essas operam, ou seja, descobrir como é desenvolvido o compartilhamento do trabalho.

Com a leitura dos trabalhos revisados, das informações obtidas pelas entrevistas e – por que não dizer – das limitações deste estudo, foram obtidos os resultados ora descritos. É possível demonstrar a necessidade de ampliar as formas de comunicação entre os ambulatórios especializados e a atenção básica, de modo a ampliar as possibilidades de ofertar uma atenção integral.

Ponto que restou esclarecer é a definição do coordenador dos cuidados com esses recém-nascidos de alto risco. De certo modo, as crianças são atendidas

por dois serviços, cuja articulação deve ser aprimorada. Assim, é perceptível a ideia de que uma atenção pautada nos princípios da integralidade deve proporcionar aos recém-nascidos caminhos bem pactuados entre os diversos integrantes da linha de cuidado, nos quais as mães e familiares sejam capazes de reconhecer quem são seus cuidadores nas diversas necessidades assistenciais.

Outro aspecto a ser destacado é a necessidade de uma visão diferenciada para os residentes em centros urbanos que não contam ainda com estruturas para assegurar seguimento aos recém-nascidos de alto risco.

Por fim, cumpre exprimir a pretensão de que esta pesquisa possa, de alguma forma, contribuir com a qualificação da atenção após a alta de recém-nascidos egressos de unidades de terapia intensiva neonatais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis; GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ESCOREL, Sarah. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2012.

AMARAL, João Joaquim Freitas do; VICTORA, Cesar Gomes; LEITE, Álvaro Jorge; CUNHA, ANTONIO José Ledo Alves da. Implantação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42 n. 4, p. 598-606, ago. 2008.

BRAGA, Danielle Freitas; MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 293-302, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732008000300004&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 ago. 2012.

BETTIOL, Heloísa; BARBIERI, Marco Antonio; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Epidemiologia do pré-termo: tendências atuais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 57-60, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n2/v32n2a01.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2012.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação qualitativa de serviços de Saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 87-117.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. **Ambiência**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Ambienciac.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. 2011a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** 2. ed. Brasília, 2011d. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/mtcanguri%202ed.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal.** 3. ed. Brasília, 2012.

BRITTO, Patrícia Fernandes. **Seguimento do recém-nascido de alto risco: um desafio à equipe de saúde e de enfermagem.** 2006.171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro Biomédico, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BUCCINI, Gabriela dos Santos; SANCHES, Maria Teresa Cera; MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 3, v. 11, p. 239-247, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a04v11n3.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2012.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. Um Ensaio sobre (In)Definição da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: UERJ; IMS: ABRASCO, 2010. p. 37-46.

CARDOSO, Laura Emília Bigélli; FALCÃO, Mário Cícero. Seguimento ambulatorial do recém-nascido de risco. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Org.). **Programa de Atualização em Neonatologia.** Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2004. p. 149-201.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família.** Nov. 2002. Disponível em: <www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc_download/9-vinculo>. Acesso em: 10 jan. 2012.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições (o método de roda).** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.

Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2013.

CASTRO, Eveline Campos Monteiro de. **Morbimortalidade hospitalar de Recém-nascidos de muito baixo peso no município de Fortaleza**. 2004. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

COUGHLIN, Mary; GIBBINS, Sharyn; HOATH, Steven. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 10, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05052.x/pdf>>. Acesso em: 17 May 2013.

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 31-60.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 99-120.

_____. O cuidado humanizado como valor e **ethos** da prática em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2009. p. 387-395.

ELLERY, Ana Ecilda Lima. **Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional**. 2012. 255 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

ENGLE, William A.; TOMASHEK, Kay M.; WALLMAN, Carol. “Late-Preterm” Infants: A Population at Risk. **Pediatrics**, v. 120, n. 6, p. 1390-1401, Dec. 2007. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1390.abstract>>. Acesso em: 11 Oct. 2011.

SCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SENNA, Mônica de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2/3, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 June 2013.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2005**: Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 05 ago. 2011.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**: relatório de gestão 2007. Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 05 ago. 2011.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. **Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas**. 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2013.

FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 22, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 1 abr. 2013.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HAYAKAWA, Leticia Mayumi.; SCHMIDT, Kayna Trombini; ROSSETO, Edilaine Giovanini; SOUZA, Sarah Nancy Deggau Hegeto de; BENGOZI, Talita Maria. Incidência de reinternação de prematuros com muito baixo peso nascidos em um hospital universitário. **Escola Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 324-329, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/15.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

LEITE, Álvaro Jorge Madeiro. Perspectiva dos serviços de saúde perinatal/neonatal do Brasil. **Revista de Pediatria**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 64-65, jul./dez. 2007.

LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; SÁ, Henrique Luis do Carmo; BESSA, Olívia Alencar Costa. Habilidades de comunicação na consulta com crianças. In: LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo (Org.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: SARVIER, 2007. p. 91-137.

LOPES, Tatiana Coelho; MOTA, Joaquim Antônio César; COELHO, Suelene. Perspectivas de um programa de internação domiciliar neonatal no Sistema Único de Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 23-28, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a04.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de caso**: uma estratégia de pesquisa. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; UERJ/ABRASCO, 2006. p. 39-64.

_____. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2009. p. 369-384.

_____. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2010. p. 47-62.

MEIO, Maria Dalva Barbosa Baker; MAGLUTA, Cynthia; MELLO, Rosane Reis de; MOREIRA, Maria Elizabeth Lopes. Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 07 ago. 2011.

MELO, Ana M. C.; KASSAR, Samir B.; LIRA, Pedro I. C.; COUTINHO, Sônia B.; EICKMANN, Sophie H.; LIMA, Marília L. Características e fatores associados à assistência à saúde de crianças menores de um ano com muito baixo peso ao nascer. **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v. 89, n. 1, p. 75-82, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572013000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2013.

MELO, Leila Medeiros. **(Con)vivendo com o bebê prematuro de baixo peso (<1.500g)**: a experiência materna durante a internação e após a alta hospitalar. 2010. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MELLO, Rosane R. de; DUTRA, Maria Virgínia P.; LOPES, José Maria de A. Morbidade respiratória no primeiro ano de vida de prematuros egressos de uma unidade pública de tratamento intensivo neonatal. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n6/v80n6a13.pdf>> Acesso em: 21 jun. 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. Estudos de casos – nota metodológica. **Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde – CONASS**, Brasília, p. 1-8, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 9-29.

MONTIROSSO, R.; DEL PRETE, A.; BELLÙ, R.; TRONICK, E.; BORGATTI, R. Level of NICU Quality of Developmental Care and Neurobehavioral Performance in Very Preterm Infants. **Pediatrics**, Apr. 2012. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/04/04/peds.20110813.full.pdf+html>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de; CABRAL, Ivone Evangelista. O cuidar de crianças egressas da unidade de terapia intensiva neonatal no espaço domiciliar: instrumentos mediadores das famílias. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072004000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2013.

NASCIMENTO, Renata Mota; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; ALMEIDA, Nádia Maria Girão Saraiva de; ALMEIDA, Paulo César de; SILVA, Cristiana Ferreira da. Determinantes da Mortalidade Neonatal: Estudo Caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 28, n. 3, p. 559-572, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/16.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

OLIVEIRA, Márcia Cortez Bellotti. Desenvolvimento do recém-nascido de muito baixo peso: o que fazer para melhorar seu prognóstico? In: PROCIANOY, Renato S.; LEONE, Cléa R. (Org.). **Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN)**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2012, p. 95-120. (Sociedade Brasileira de Pediatria)

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Lígia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, p. 11-31, maio 2011. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 02 ago. 2012.

PEREIRA, Leila Denise Cesário. Critérios para a alta do prematuro. In: SILVEIRA, Rita de Cássia (Org.). **Seguimento ambulatorial do pré-maturo de risco**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. p. 8-9.

PINHEIRO, Rejane Sobrinho; ESCOSTEGUY, Cláudia Caminha. Epidemiologia e Serviços de Saúde. In: MEDRONHO, Roberto Andrade; BLOCH, Katia Vergetti; LUIZ, Ronir Roggio; WERNECK, Guilherme Loureiro. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 515-524.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2007. p. 9-36.

SILVEIRA, Mariângela F.; SANTOS, Iná S; BARROS, Aluísio J. D.; MATIJASEVICH, Alicia; BARROS, Fernando C; VICTORA, Cesar G. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 nov. 2012.

SILVEIRA, Mariânegela F.; SILVEIRA, Mariângela F.; SANTOS, Iná S.; MATIJASEVICH, Alicia; MALTA, Deborah Carvalho; DUARTE, Elisabeth Carmen. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 25, p. 1267-1275, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2012.

SILVEIRA, Rita de Cássia. Como organizar o seguimento do prematuro. In: SILVEIRA, Rita de Cássia (Org.). **Seguimento ambulatorial do pré-maturo de risco**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. p. 3-7.

SIQUEIRA, Marly Beserra de Castro; DIAS, Marcos Augusto Bastos. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, mar. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742011000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2013.

SMITH, V. C.; HWANG, S. S.; DUKHONNY, D.; YOUNG, S.; PURSLEY, D. M. Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. **Journal of Perinatology**, n. 33, p. 415-421, 2013. Disponível em: <<http://www.nature.com/jp/journal/v33/n6/pdf/jp201323a.pdf>>. Acesso em: 7 May 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Documento Científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria**. 2004. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=1636&tipo_detalhe=s>. Acesso em: 5 abr. 2013.

SOUZA, Kátia Maria Oliveira de; FERREIRA, Suely Deslandes. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 abr. 2013.

VICTORA, Cesar G.; AQUINO, Estela M. L.; LEAL, Maria do Carmo; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARROS, Fernando C.; SZWARCOWALD, Celia L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, p. 32-46, maio 2011. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 02 ago. 2012.

VIEIRA, Cláudia Silveira; MELLO, Débora Falleiros de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-82, jan./mar. 2009.

WALDMAN, Ronald *et al.* Overcoming Remaining Barriers: The pathway to Survival. **Basic Support for Institutionalizing Child Survival**, p. 1-12, 1996. Disponível em: <http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNABZ644.pdf>. Acesso em: 13 Aug. 2011.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZOBOLI, Elma. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2009. p. 63-78.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data ____/____/____ N° da entrevista _____ início ____ término _____.

Nome do participante _____.

Formação profissional _____.

Vínculo com a instituição _____ carga horária dedicada ao follow-up _____.

PERGUNTAS

1- Eu gostaria de saber como você percebe a chegada das mães ao ambulatório de seguimento. Fale-me um pouco sobre o conhecimento delas acerca do motivo do seguimento.

Eu gostaria de saber também sobre a capacidade de reconhecimento das mães acerca dos sinais de agravos no quadro clínico dos seus bebês. Como percebe essa questão?

2- Em sua opinião, como ocorre a comunicação entre o seu serviço e as mães quando aparece uma necessidade de atendimento fora da agenda? Efetivamente como isso acontece no dia a dia?

3- Como ou de que modo se desenvolve a comunicação entre os serviços de acompanhamento de crianças (especificando: entre você e as unidades básicas, você e a emergência dos hospitais – exemplo: documentos, referência, contrarreferência, agendamento).

4- Em sua opinião qual é o papel da unidade básica no seguimento destas crianças?

5- Eu gostaria de saber como você percebe a estrutura ofertada hoje em relação ao apoio para o seguimento destas crianças?

Por exemplo: quando um bebê que você acompanha de uma avaliação do neurologista, como o seu serviço faz?

E quando precisa de um seguimento do oftalmologista?

Seria possível você me fornecer um exemplo de uma condição clinica em que a estrutura de apoio dificulta o seguimento?

6- Quais são as facilidades e o que você encontra como profissional para atendimento destas crianças? Quais são os fatores que dificultam seu trabalho diário?

7- Quais são as estratégias que você busca para superar essas dificuldades?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais de saúde do ambulatório de Follow-up:

Instituição: **Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará**

Título do Projeto: ACESSIBILIDADE, UTILIZAÇÃO E QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE OFERTADA A CRIANÇAS EGRESSAS DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ

O objetivo do presente trabalho é avaliar a acessibilidade, a utilização e a qualidade da assistência às crianças acompanhadas nos ambulatórios de seguimento de recém-nascidos oriundos de unidades neonatais de alto risco no Município de Fortaleza- CE.

Para avaliar acessibilidade, este estudo pretende analisar os fatores associados à acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, avaliar a estrutura física e o perfil dos recursos humanos nos ambulatórios de seguimento de RN de alto risco, bem como a percepção destes profissionais acerca da assistência prestada aos recém- nascidos; além de descrever as expectativas e a percepção das mães em relação aos serviços ofertados nos ambulatórios de seguimento dos recém-nascidos de risco.

Você foi selecionado para participar da fase do estudo que vai avaliar o perfil dos recursos humanos e a percepção dos profissionais acerca da assistência prestada aos recém-nascidos egressos de UTI neonatal. Esta fase constará de uma entrevista com todos os profissionais que integram a equipe do *follow-up* e um diretor do hospital.

Você pode aceitar ou não participar do estudo. Essa é uma opção completamente livre sua.

Se você aceitar, vai participar de uma entrevista feita em local reservado. As informações que forem dadas por você serão analisadas, de forma que não haja identificação do entrevistado durante a análise.

É fundamental que você emita opinião com sinceridade, para que os pesquisadores possam avaliar o acesso aos serviços e contribuir com a assistência aos recém-nascidos egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin.

Este TERMO é para certificar que eu, _____, RG: _____, profissional _____ (categoria profissional), me sinto devidamente esclarecido a respeito deste Projeto de Pesquisa e (marque a sua escolha):

() CONCORDO em participar deste projeto científico, assinando este **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

() NÃO CONCORDO em participar deste projeto científico, assinando este **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Pesquisador Coordenador do Projeto: Prof. Álvaro Jorge Madeiro Leite

Pesquisador: _____

Entrevistado: _____

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária

ANEXO

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN



HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
 Rua Terúliano Sales 544 - Vila União Fortaleza - Ceará
 Fone/Fax: (85) 3101.4212 - 3101.4283
 E-mail: cep@hias.ce.gov.br



Fortaleza, 25 de fevereiro de 2012

Registro no CEP: 050/2011

Data da Aprovação: 25/02/2012

Título do Projeto: "Acessibilidade e Utilização da Atenção à Saúde Ofertada a Crianças Egressas de Cuidados intensivos Neonatais no Município de Fortaleza - Ceará"

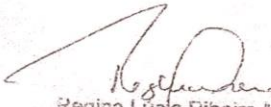
Pesquisador (a): Keylla Márcia Menezes de Souza

Orientador: Aívaro Jorge Medeiros Leite

Instituições: UECE, UFC, UNIFOR

Levamos ao conhecimento de V. S^a, que o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do Hospital Infantil Albert Sabin - Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, acautou os pareceres de aprovação Nº 24/2010 e Nº 405/2010 do projeto supracitado emitido pelos CEPs da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e do Hospital Geral César Cals (HGCC).

A pesquisadora deverá apresentar uma cópia do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa.


 Regina Lucia Ribeiro Moreno
 Coord^a. do Comitê de Ética em Pesquisa