

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PATRÍCIA PINTO BRAGA

DEVIR CUIDADORA DE PREMATURO APÓS A ALTA HOSPITALAR E OS  
DISPOSITIVOS CONSTITUINTES DA CONTINUIDADE DA ATENÇÃO

Belo Horizonte  
2013

PATRÍCIA PINTO BRAGA

**DEVIR CUIDADORA DE PREMATURO APÓS A ALTA HOSPITALAR E OS  
DISPOSITIVOS CONSTITUINTES DA CONTINUIDADE DA ATENÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Roseni Rosângela de Sena

Belo Horizonte

2013

B813d Braga, Patricia Pinto.  
Devir cuidadora de prematuro após a alta hospitalar e os dispositivos constituintes da continuidade da atenção [manuscrito]. / Patricia Pinto Braga. -- Belo Horizonte: 2013.  
144f.: il.  
Orientador: Roseni Rosângela de Sena.  
Área de concentração: Ciências da Saúde.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Continuidade de Assistência ao Paciente. 2. Prematuro. 3. Dissertações Acadêmicas. I. Sena, Roseni Rosângela de II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: W84.6

Dedico este trabalho às mães participantes deste estudo pela oportunidade que me concederam de conhecer suas histórias.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença viva e cotidiana em minha vida. “Na hora da tribulação, clamei ao senhor e ele me atendeu” (Salm. 119.1).

Ao André, meu verdadeiro companheiro, com quem compartilhei, na construção deste estudo, ansiedades e dúvidas, alegrias e descobertas. Um pouco de nós está presente nas multiplicidades desta Tese!

Aos meus pais, pelo exemplo de amor e incentivos constantes. Não deixaram de, em muitos momentos, expressarem que eu conseguiria terminar mais esse projeto.

Aos meus queridos irmãos Rodrigo e Cíntia, pelo apoio e carinho de sempre.

Ao meu afilhado Marco Antônio, que de maneira espontânea encheu meu coração de alegria e motivação durante essa caminhada.

À Profa. Roseni Sena, por fazer parte da minha trajetória profissional desde sempre e pelo incentivo constante na produção do conhecimento. Muito Obrigada!

Às amigas Cristiane Chaves e Luciana da Mata, pela acolhida e partilha que tornaram a caminhada mais tranquila.

Às colegas do NUPEPE, espaço de formação, discussão e produção coletiva no qual foi possível amadurecer as ideias dessa pesquisa.

Aos amigos da UFSJ, pelo apoio, em especial à Elaine Franco, Márcia, Virgínia, e Alisson pelos movimentos favoráveis à conclusão deste trabalho.

Às saudosas amigas do Hospital Sofia Feldman, um local peculiar, no qual partilhei e vivenciei o cuidado materno-infantil.

Em especial, aos participantes deste estudo, pela abertura ao diálogo e experiências compartilhadas.

Dá-me a tua mão: Vou agora te contar como entrei no inexpressivo que sempre foi a minha busca cega e secreta. De como entrei naquilo que existe entre o número um e o número dois, de como vi a linha de mistério e fogo, e que é linha sub-reptícia. Entre duas notas de música existe uma nota, entre dois fatos existe um fato, entre dois grãos de areia por mais juntos que estejam existe um intervalo de espaço, existe um sentir que é entre o sentir – nos interstícios da matéria primordial está a linha de mistério e fogo que é a respiração do mundo, e a respiração contínua do mundo é aquilo que ouvimos e chamamos de silêncio. (Clarice Lispector, trecho de *A paixão segundo G.H.*, 1988, p. 64).

## RESUMO

A realização deste estudo partiu da premissa de que a assistência pós-alta ao prematuro configura-se em um contexto de oferta de serviços com suas distintas tecnologias e, sobretudo, a partir da implicação e intencionalidades dos sujeitos envolvidos na atenção. Reconhece-se que os interesses em disputa e as produções desejanter são elementos imanentes à rede de atenção no contexto da prematuridade. O objetivo do estudo foi analisar os dispositivos constituintes da continuidade da atenção à criança nascida prematura nos cenários de estudo. Buscou-se também analisar como as cuidadoras vivenciam a atenção pós-alta ao prematuro e como é a oferta de serviços a esta população nos municípios de investigação. Optou-se por um estudo do tipo qualitativo por permitir capturar e revelar os processos de subjetivação imanentes à temática em análise. Este estudo foi orientado pela abordagem dos teóricos Deleuze e Guatarri (2007) que tecem uma discussão capaz de pensar a contemporaneidade a partir do termo rizoma. Os cenários foram três municípios pertencentes à Macrorregião Oeste do Estado de Minas Gerais. O trabalho de campo foi dividido em duas fases. Na primeira, buscou-se, a partir de entrevistas com profissionais e gestores, analisar como é a oferta de serviços para atendimento de crianças nascidas prematuras após a alta hospitalar. Na segunda fase do estudo, foram realizadas entrevistas em história oral temática com dez cuidadoras. A análise dos dados revelou os diferentes arranjos para atendimento ao prematuro nos municípios de investigação. Identificou-se a formação de um território assistencial imbuído de (des)encontros, encaminhamentos, fluxos conectivos, linhas de fuga, serviços ofertados, acesso e não acesso, produções desejanter que vão compondo uma rede rizomática, ora potencial para a continuidade da atenção, ora remetendo a uma descontinuidade do cuidado. Identificou-se que a rede rizomática opera rumo à continuidade da atenção, quando há oferta oportuna de serviços, constituição de vínculo e suas produções desejanter e encaminhamentos aos diferentes serviços que vão se mostrando necessários. A descontinuidade da atenção está, também, presente no contexto de atenção pós-alta ao prematuro e é identificada em situações de desencontro entre os serviços ofertados, na recusa de encaminhamento do prematuro a serviços específicos para seu atendimento e na dificuldade de acesso ao acompanhamento por especialistas, quando esses se fazem necessários. Nesse contexto de assistência, foi possível identificar que o devir cuidadora de prematuro configura uma trajetória de produções de subjetividades no qual diferentes (des)encontros, práticas em saúde, demandas, intercorrências, fé, inseguranças, abandono do trabalho, responsabilização, intencionalidades, reorganização da vida cotidiana e superação tecem uma experiência vivida. A análise dos dados permite inferir que a constituição de vínculo e o protagonismo das cuidadoras são dispositivos constituintes da continuidade da atenção e remetem a uma produção da vida, ou seja, uma autonomia na maneira delas levarem a vida no contexto da atenção ao prematuro após a alta hospitalar. Há uma descontinuidade da atenção, que contribui para a produção do adoecimento, na ausência de constituição de vínculo entre profissionais e cuidadoras, em condições socioeconômicas desfavoráveis, quando há “passividade” da cuidadora diante da atenção pós-alta ao prematuro. A produção do adoecimento remete a uma dificuldade de adaptação à situação da prematuridade ou, ainda, uma ausência de autonomia na maneira de levar a vida. Os resultados dessa investigação sinalizam que o protagonismo das cuidadoras e a constituição de vínculos no contexto da micropolítica do trabalho em saúde poderão aliados às distintas tecnologias e estruturas disponíveis, favorecer a continuidade da atenção com vistas a uma produção da vida.

**Palavras-chave:** Continuidade da Atenção. Prematuridade. Subjetividades.

## ABSTRACT

The execution of this study based on the proposition that the assistance post-discharge of premature infants constitutes in a context of offer of service with its distinct technologies and, overall, based on the implication and intent of the subjects involved in the care. It was possible to recognize that the interests in dispute and the desiring productions are elements imminent to the care network in the prematurity context. The objective of the study was to analyze the devices constituent of the continuity of care to the premature infant and how the service is offered to this population in the investigation municipalities. A qualitative study was opted for since it permits to capture and reveal the subjectivation processes imminent to the analyzed subject. This study was oriented by theorists Deleuze and Guattari (2007) approach, who weave a discussion capable of thinking about the contemporary based on the term “rhizome”. The sceneries were three municipalities from the west macro-region of the State of Minas Gerais. The field work was divided in two phases. The first pursued, with interviews with professionals and managers, to analyze how the premature infant care services after hospital discharge is offered. In the second phase of the study, interviews were performed in oral history theoretical support with ten caretakers. The analysis of the data revealed the different arrangements for the attendance of premature infants in the investigated municipalities. A formation of an assistance territory imbued of disencounters, forwarding, connective flows, lines of escape, offered services, access and non-access, desiring productions which further compose a rhizomatic network, potential for the continuance of care, or referring to a discontinuity of the care, were identified. It was identified that the rhizomatic network operates towards the continuity of care when there is opportune service offer, constitution of bond and it's desiring productions, and forwarding to different services which are shown to be necessary. Care discontinuity is also present in the context of post-discharge premature infant care and is identified in situations of disencounter between offered services, in the refusal of forwarding the premature infant to specific services to its attendance and in the difficulty of access to specialist monitoring, when these are necessary. In this assistance context, it was possible to identify that the premature infant caretaker duty configures a trajectory of subjectivity productions in which different disencounters, healthcare practices, demands, intercurrences, faith, insecurities, work abandonment, accountability, intent, reorganization of daily life and overcoming weave the experience lived. The analysis of the data permits the inference that the constitution of bond and the protagonism of the caretakers are devices constituent of care continuity and point to a life production, that is, an autonomy in the manner in which they live life in an after hospital discharge premature infant care context. There is a care discontinuity, which contributes to the production of sickness, in the absence of bond constitution between professionals and caretakers, in unfavorable socio-economic conditions, when there is passivity from the caretaker in front of premature infant post-discharge care. The production of sickness remits to an adaptation difficulty to the prematurity situation or, yet, an absence of autonomy in the manner of living life. The results of this investigation indicate that caretaker protagonism and the bond constitution in healthcare work micropolitics context, allied to distinct technologies and structures available, may favor the continuity of care with views to a production of life.

**Key-words:** Care continuity. Prematurity. Subjectivities.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais.....	34
FIGURA 2 - Municípios da Microrregião Divinópolis/Santo Antônio do Monte .....	34
FIGURA 3 - “Mapa Rede” do município M1 .....	51
FIGURA 4 - A “rede rizomática” do município M1 .....	52
FIGURA 5 - “Mapa rede” do município M2.....	53
FIGURA 6 - “Rede rizomática” do município M2 .....	54
FIGURA 7 - “Mapa rede” do município M3.....	55
FIGURA 8 - “Rede rizomática” município M3 .....	55

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 - Categoria e subcategorias empíricas da primeira etapa de coleta .....	45
QUADRO 2 - Tom Vital das histórias incluídas na pesquisa .....	46
QUADRO 3 - Categoria e subcategorias empíricas da segunda etapa de coleta .....	48

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - População dos Municípios pertencentes à Microrregião Divinópolis/SAMonte.....	35
TABELA 2 - Incidência da prematuridade (< 37 semanas) e baixo peso (< 2.500g) ao nascer na Microrregião Divinópolis/SAMonte.....	36
TABELA 3 - Nascimentos prematuros, por município cenário de estudo, entre Dezembro de 2010 a Maio de 2011.....	41
TABELA 5 - Estado civil e escolaridade das cuidadoras.....	64
TABELA 6 - Idade das cuidadoras, assistência pré-natal e causa da prematuridade.....	65
TABELA 7 - Renda familiar das cuidadoras.....	66
TABELA 8 - Perfil das crianças nascidas prematuras.....	67
TABELA 9 - Perfil do crescimento e desenvolvimento dos prematuros.....	68

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS -	Atenção Primária em Saúde
CAPs -	Centro de Atenção Psicossocial
CIB -	Comissão Intermunicipal Bipartide
CLT -	Consolidação das Leis Trabalhistas
CRIANES -	Crianças com necessidades especiais de saúde
CVV -	Centro Viva Vida
DNV -	Declaração de Nascido Vivo
ESF -	Estratégia Saúde da Família
GRS -	Gerencia Regional de Saúde
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG -	Idade Gestacional
IGC -	Idade Gestacional Corrigida
IGN -	Idade Gestacional de Nascimento
NUPEPE -	Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre a Prática de Enfermagem
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PDR -	Plano Diretor de Regionalização
RN -	Recém-nascido
RNEBP -	Recém-nascido de extremo baixo peso
RNMBP -	Recém-nascido de muito baixo peso
RNPT -	Recém-nascido pré-termo
SAMonte -	Santo Antônio do Monte
SINASC -	Sistema de Informações sobre nascidos vivos
SRS -	Superintendência Regional de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN -	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>A DEFINIÇÃO DO TEMA DE PESQUISA: CONSTRUÇÃO DE TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS E QUESTIONAMENTOS.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>ATENÇÃO À SAÚDE NA PREMATURIDADE: AVANÇOS E DESAFIOS.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>A CONTINUIDADE DA ATENÇÃO AO PREMATURO NO CONTEXTO DA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE.....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
4.1	OBJETIVO GERAL.....	28
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
5.1	A PESQUISA QUALITATIVA: OPÇÃO EPISTEMOLÓGICA E METODOLÓGICA.....	29
5.2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
5.3	CENÁRIO.....	33
<b>5.3.1</b>	<b>Divinópolis.....</b>	<b>36</b>
<b>5.3.2</b>	<b>Santo Antônio do Monte.....</b>	<b>37</b>
<b>5.3.3</b>	<b>Itapecerica.....</b>	<b>38</b>
5.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
5.5	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	39
5.6	TRABALHO DE CAMPO.....	39
<b>5.6.1</b>	<b>Primeira fase: o contexto da realidade investigada.....</b>	<b>39</b>
<b>5.6.2</b>	<b>Segunda fase: compreensão a partir das cuidadoras.....</b>	<b>40</b>
5.6.2.1	O mapeamento da prematuridade e a definição das cuidadoras.....	40
5.6.2.2	As visitas domiciliares e a constituição da história oral temática.....	42
5.7	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	45
5.8	A ARTICULAÇÃO DOS DADOS: EM BUSCA DOS ANALISADORES.....	49

<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>50</b>
6.1	ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NASCIDA PREMATURA APÓS A ALTA HOSPITALAR: AS MULTIPLICIDADES DOS CENÁRIOS EM ANÁLISE.....	50
6.1.1	<b>Serviços disponibilizados à criança nascida prematura após a alta: possibilidades de acesso ao SUS .....</b>	<b>50</b>
6.1.2	<b>Movimentos que sinalizam para a continuidade da atenção.....</b>	<b>56</b>
6.1.3	<b>A descontinuidade da atenção .....</b>	<b>59</b>
6.2	UMA APROXIMAÇÃO COM AS CUIDADORAS E OS PREMATUROS DESTE ESTUDO.....	64
6.3	AS NARRATIVAS: MULTIPLICIDADES E SINGULARIDADES.....	69
6.3.1	<b>No início foi preocupante .....</b>	<b>69</b>
6.3.2	<b>Eu estou presente o tempo todo, tudo que se refere a ele é muito importante.....</b>	<b>72</b>
6.3.3	<b>Ela era muito pequenininha .....</b>	<b>74</b>
6.3.4	<b>No começo foi complicado, mas depois a gente adaptou tudo direitinho.....</b>	<b>76</b>
6.3.5	<b>Foi tranquilo .....</b>	<b>78</b>
6.3.6	<b>Mas eu ficava insegura.....</b>	<b>79</b>
6.3.7	<b>É difícil demais! .....</b>	<b>83</b>
6.3.8	<b>Normal... uma menina normal .....</b>	<b>85</b>
6.3.9	<b>Eu não queria sair do hospital de tanto trauma.....</b>	<b>87</b>
6.3.10	<b>Se não fosse Deus ela não teria nascido perfeita! .....</b>	<b>89</b>
6.4	PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO E OS AGENCIAMENTOS NO CONTEXTO DE PREMATURIDADE.....	92
6.4.1	<b>O dever cuidadora de prematuro no domicílio .....</b>	<b>92</b>
6.4.2	<b>Os territórios assistenciais e a continuidade da atenção.....</b>	<b>99</b>
6.4.3	<b>Contribuições para a “produção do adoecimento” .....</b>	<b>104</b>
<b>7</b>	<b>OS ANALISADORES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PÓS-ALTA AO PREMATURO.....</b>	<b>110</b>
<b>8</b>	<b>PARA DAR CONTINUIDADE.....</b>	<b>112</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>115</b>
	<b>ANEXO A - Parecer .....</b>	<b>127</b>

<b>ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO C - Roteiro de Entrevista com Gestor e/ou Profissionais de Referência em saúde da criança na Superintendência de Saúde da Microrregião..</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO D - Roteiro de Entrevista com gestores ou profissionais dos serviços de saúde dos Municípios.....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO E - Roteiro de Entrevista em História Oral Temática.....</b>	<b>132</b>
<b>ANEXO F - Roteiro Mapeamento de Prematuros.....</b>	<b>133</b>
<b>ANEXO G - Instrumento de vigilância do desenvolvimento.....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO H - Tabela de registro de dados antropométricos.....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXO I - Curvas de acompanhamento do crescimento.....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXO J - Exemplo de registro de dados antropométricos em tabela e curvas de crescimento.....</b>	<b>138</b>

## **1 A DEFINIÇÃO DO TEMA DE PESQUISA: CONSTRUÇÃO DE TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS E QUESTIONAMENTOS**

A escrita e significação de uma temática a partir de uma pesquisa é uma das possibilidades de apresentar, parafraseando Deleuze e Guatarri (2007), os muitos que em mim fizeram parte desta construção.

A oportunidade de vivenciar a assistência ao recém-nascido de risco e realizar investigações acerca do tema são processos que contribuíram para a construção de um “território existencial”, processos de subjetivações, que desencadearam inquietações e questionamentos acerca da atenção à saúde do recém-nascido de risco.

A trajetória como bolsista, posteriormente pesquisadora do Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre a Prática de Enfermagem- NUPEPE da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG e a oportunidade de vivenciar a assistência neonatal em uma maternidade de referência do município de Belo Horizonte foram experiências que, associadas às atividades atuais de extensão universitária no atendimento pós-alta à criança de risco, desencadearam questionamentos acerca da continuidade da atenção à criança nascida prematura.

Considerando esse percurso prático e investigativo e identificando que há uma ampla literatura, nacional e internacional, que comprova a vulnerabilidade do recém-nascido prematuro a morbimortalidade e reforça a necessidade de uma assistência continuada a essa população, foram formulados os seguintes questionamentos: como é a oferta de serviços, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, a crianças nascidas prematuras em municípios do interior do Estado de Minas Gerais? Como as cuidadoras vivenciam a atenção pós-alta ao prematuro? Quais os dispositivos constituem a continuidade da atenção ao prematuro egresso de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)?

A literatura indica, conforme será descrito nos capítulos dois e três desse relatório, que os avanços políticos, tecnocientíficos e assistenciais contribuíram para a evolução da atenção ao neonato. Entretanto, há ainda desafios iminentes a essa assistência, sobretudo quando nos referimos à continuidade da atenção e aos desafios para a família em assumir os cuidados com o prematuro após a alta. Essas lacunas reforçam a pertinência do desenvolvimento dessa pesquisa.

Considerando o exposto e buscando responder aos questionamentos formulados, a presente investigação foi construída com o propósito de analisar os dispositivos constituintes da continuidade da atenção à criança nascida prematura, analisar como as cuidadoras



vivenciam a atenção pós-alta ao prematuro e como é a oferta de serviços a esta população nos municípios de investigação.

É apresentado inicialmente, nesse estudo, nos capítulos dois e três, um resgate teórico dos avanços e desafios na assistência neonatal e uma discussão da continuidade a partir da constituição de rede de cuidados em saúde. Em seguida, no capítulo quatro, os objetivos propostos para esta pesquisa são arrolados.

No capítulo cinco estão descritos o percurso metodológico, o tipo de estudo, a fundamentação teórica e os cenários de investigação. Ainda, nesse capítulo, são apresentados detalhes de como foram os procedimentos com a coleta e análise dos dados.

Na apresentação dos resultados, capítulos seis, além das categorias construídas a partir da análise, estão descritas as narrativas que possibilitam ao leitor uma aproximação com as histórias das cuidadoras participantes dessa investigação. Como desdobramento dessa análise, são identificados alguns analisadores, descritos no capítulo sete, que remetem a novas possibilidades de investigação.

Em seguida, no capítulo oito, é construída uma síntese dos resultados encontrados neste estudo sem a pretensão de propor uma conclusão considerando que o tema aqui investigado requer continuidade.

## 2 ATENÇÃO À SAÚDE NA PREMATURIDADE: AVANÇOS E DESAFIOS

Há um reconhecimento inequívoco no campo da ciência e das práticas em saúde dos avanços tecnocientíficos, ao longo dos tempos, imanentes à assistência da criança nascida prematuramente <sup>1</sup>.

A análise da história da neonatologia <sup>2</sup>, um termo que surgiu efetivamente na segunda metade do século XX, revela que, no início do século XIX, a atenção ao neonato era realizada, após o nascimento, pelas mães e parteiras e as elevadas taxas de mortalidade entre recém-nascidos (RN) de baixo peso eram justificadas pela fraqueza da vida. Neste período, esperava-se que as crianças nascidas prematuramente morressem, assim como as crianças nascidas com malformações. A justificativa era que a seleção natural se encarregaria das crianças menos adaptadas à sobrevivência (AVERY, 2007).

Formalmente, as primeiras iniciativas de cuidado com recém-nascidos surgiram na França, no final do século XIX (1882), com o obstetra Pierre Budin que criou o primeiro ambulatório de puericultura no Hospital *Charité* de Paris e em seu livro *The Nursling*, traduzido para o inglês em 1907, descreveu os cuidados com a criança na maternidade e no domicílio, as normas para alimentação natural e artificial e relatou a alta mortalidade em neonatos com baixa temperatura. A partir de então, o marco deste período foi a criação das primeiras incubadoras pelo obstetra Stéphane Etienne Tarnier (1884) o que contribuiu em quatro décadas para uma redução de 50% da mortalidade entre recém-nascidos prematuros e de baixo peso no Hospital *Maternité* em Paris. Posteriormente, o desenvolvimento de técnicas de administração de dieta e a administração do gás oxigênio (1934), com o “Box de Oxigênio Hess”, foram ações que também contribuíram para a redução da mortalidade entre neonatos prematuros e de baixo peso no final do século XIX e início do século XX (ALISTAIR, 2005; BAKER, 2000; PHILIP, 2005; LUSSKY, 1999).

A história da neonatologia revela que a prática da assistência ao recém-nascido, na área da saúde, surgiu no século XIX como um prolongamento da ação da prática obstétrica. Além disso, é relevante considerar que, nesse período, temos como determinantes do surgimento dos “primeiros berçários” o desenvolvimento tecnológico, ocorrido após uma Revolução Industrial e um movimento de proteção materno-infantil europeu para garantir

---

<sup>1</sup> O parto prematuro é definido como aquele cuja gestação termina entre a 20<sup>a</sup> e 37<sup>a</sup> semanas ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação (RAMOS et al., 2001).

<sup>2</sup> Neonatologia: *do Latim: ne(o) - novo; nat(o) - nascimento; logia - estudo.*

natalidade e reduzir o risco de despovoamento e de perdas de mão de obra (SCOCHI; COSTA, YAMANAKA, 1996; PHILIP, 2005).

No contexto nacional, estudos evidenciam que o início, formal, dos cuidados dispensados ao prematuro aconteceu por volta de 1903 no Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, que contava com 21 leitos de atendimento à criança e duas (2) incubadoras (BARBOSA; OLIVEIRA, 2002). Contudo, as primeiras instalações de berçários, propriamente ditas, surgiram em 1945 (SCOCHI; COSTA, YAMANAKA, 1996).

Em meados do século XX, a assistência ao neonato prematuro e de baixo peso recebeu um intenso investimento econômico, principalmente na Europa e América do Norte. Nesse período, o desenvolvimento de pesquisas permitiu a associação da morbimortalidade dos recém-nascidos prematuros (RNPT) com doenças infecciosas digestivas e respiratórias o que desencadeou a criação de espaços de permanência, com adoção de equipamentos e normas de condutas especiais, ou seja, uma qualificação e expansão das unidades de cuidados aos neonatos de risco (PHILIP, 2005). Paralelamente aos avanços e medicalização do nascimento, houve um aumento das intervenções sobre mãe, filho e, sobretudo, na relação deste com sua família (SCOCHI; COSTA, YAMANAKA, 1996).

É relevante mencionar, conforme argumenta Foucault (2006), que a medicina do século XIX regulou-se mais pela normalidade do que pela saúde, formando conceitos e realizando intervenções a partir de um referencial de funcionamento da estrutura orgânica. Neste período, a medicina, anátomo-clínica, encontrou seus princípios na biologia (FOUCAULT, 2006). Ao longo do século XX, Ayres (2002) argumenta que o horizonte normativo da saúde, isto é, sua referência ética e moral, passou a buscar, cada vez mais, uma racionalidade estritamente científica e as suas correspondentes estratégias reguladoras orientaram-se por uma gestão individual dos riscos para o desempenho funcional do corpo (AYRES, 2002). Nessa perspectiva, é possível identificar que há uma referência restrita à normalidade morfofuncional, própria à orientação biomédica, nas práticas de saúde desde a modernidade (LUZ, 2004).

Percebe-se que as repercussões históricas das práticas em saúde, baseada na funcionalidade e busca da normalidade dos corpos, são também imanentes ao cuidado neonatal. Há evidências destas determinações, na atualidade, configurando práticas centradas no processo diagnóstico e terapêutico e ênfase na recuperação biológica do recém-nascido e o distanciamento da família do recém-nascido, em defesa de um prematuro “livre de infecções” (SCOCHI, 2000; BRAGA; SENA, 2010).

O modelo de atenção, excessivamente centrado na doença, na técnica curativa e na intervenção medicamentosa, vem suscitando novas discussões epistemológicas e paradigmáticas no campo da saúde. Ayres (2007) pondera que o “perigo” do paradigma biomédico encontra-se no “modo como o discurso da doença monopoliza os repertórios disponíveis para o enunciado dos juízos acerca da saúde” (AYRES, 2007, p. 48).

Recentes transformações das práticas em saúde rumo à cientificidade e sofisticação tecnológica apresentam efeitos positivos e negativos. Identifica-se como avanços importantes a aceleração e ampliação do poder de diagnose, o aumento da eficácia e segurança em intervenções, a melhora do prognóstico e da qualidade de vida da população em uma série de agravos. Contudo, há uma “crise de confiança” nas práticas em saúde ocasionadas, em alguma medida, pela excessiva fragmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado e a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento (AYRES, 2006).

A assistência neonatal, orientada pelo paradigma biomédico, tem sido alvo de críticas e, com isso, surgem novas ideias e práticas na tentativa de reconfigurar o cuidado em uma perspectiva ampliada, inclusiva, dialógica e que considere, efetivamente, os atores envolvidos no cuidado prestado. Um dos aspectos centrais dessa reconfiguração tem sido a tentativa de rompimento com um modelo que se apodera da vida dos neonatos sem compartilhar com os pais decisões vitais inerentes ao tratamento da criança que depende de cuidados especializados (BRAGA; SENA, 2010).

É possível reconhecer que a discussão da atenção à saúde, e ao recém-nascido, sob a ótica que hipervaloriza o tecnicismo e a prática curativa remete a uma produção do trabalho com processos bem estruturados, através do uso de protocolos, equipamentos e medicamentos e com o predomínio do trabalho morto, contido nas tecnologias leve-dura e dura<sup>3</sup>, contudo é oportuno e urgente que o território das tecnologias leves, os encontros dialógicos e de subjetividades, sejam explorados e valorizados, pois são potenciais para contribuir com processos de autonomização, ou seja, um cuidado capaz de considerar os agentes

---

<sup>3</sup> A abordagem teórica e as teses que sustentam estes termos podem ser exploradas no livro: *Agir em Saúde: um desafio para o público*, conforme referência. Não temos a pretensão de reduzir os termos a conceitos, entretanto fazer esclarecimentos acerca da teoria do autor. Sendo assim *Trabalho morto* pode ser entendido como produtos-meios, envolvidos em uma produção no campo da saúde, “cristalizados” pelo trabalho vivo, ou seja, o território das tecnologias duras (equipamentos, normas, estruturas organizacionais, etc) e tecnologias leve-duras (saberes bem estruturados como a clínica médica, clínica psicanalítica, a epidemiologia etc) (MERHY et al., 2006).

(profissionais e usuários) como protagonistas (sujeitos com intencionalidades e desejos) do trabalho que vai se configurando vivo em ato <sup>4</sup> (MERHY et al., 2006).

Os argumentos, com conotação crítica, sobre a evolução da assistência ao recém-nascido apresentados até aqui, não significam uma negação das contribuições tecnocientíficas nesta área ao longo dos anos, contudo trata-se de defender que o eixo condutor do cuidado deve constituir-se a partir das relações, eticamente e politicamente comprometidas com a vida, que passam a articular e acionar as distintas tecnologias <sup>5</sup> disponíveis para o cuidado em uma direção ao “projeto felicidade” que para Ayres (2001) caracteriza um ideal defendido na constituição de práticas humanizadas. Quando cuidamos é “forçoso saber qual o projeto felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência” (AYRES, 2006, p.68). O direcionamento das práticas em saúde na perspectiva do “projeto felicidade” remeteria a experiências vividas e valoradas positivamente, a condições ou situações que se almeja alcançar ou manter e que, entendidas como saúde, frequentemente, independem de um “estado de completo” bem estar ou de perfeita normalidade morfofuncional (AYRES, 2006).

Há determinantes, historicamente constituídos na assistência neonatal, que contribuíram para a reprodução de um cuidado centrado na doença e sua terapêutica e que não buscou os “projetos felicidade” como horizonte normativo dessas práticas. Contudo, estudos têm revelado que já existem iniciativas e práticas inovadoras que têm sinalizado para uma reconfiguração da assistência neonatal, dentre essas citamos: a implantação de estratégias que possibilitam a participação da família no cotidiano da atenção, pelo reconhecimento de que esta deve ser protagonista no cuidado neonatal e a ela deverá ser assegurada a possibilidade de constituição de vínculo e apego com o recém-nascido; práticas dialógicas de cuidado que possibilitam a ampliação de saberes, reconhecimento de práticas e a efetiva participação dos sujeitos envolvidos no cotidiano do cuidado; as iniciativas de cuidados centrados nas demandas e necessidades dos recém-nascidos e suas famílias, entendendo que além da recuperação biológica do recém-nascido existem demandas psicossociais que perpassam e determinam o cotidiano da vida; (DUARTE; SENA; XAVIER, 2011; DUARTE; SENA; XAVIER, 2009; DUARTE; SENA; TAVARES, 2010; BRAGA; SENA, 2010; BONGOZI et al. 2010; BRASIL, 2011b; DITZZ; MOTA; SENA, 2008; DITZZ et al., 2011).

<sup>4</sup> Trabalho vivo em ato é essencialmente um tipo de força que opera permanentemente em processos e relações e para (por) tanto no território das tecnologias leves (MERHY, 2006a, p.101).

<sup>5</sup> O termo tecnologia aqui adotado não se refere a, exclusivamente, um instrumento, equipamento, e nem é valorizado como algo necessariamente positivo. Neste estudo entendemos que a tecnologia está associada à imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo (MERHY et al., 2006, p.127).

No Brasil, uma estratégia específica do Ministério da Saúde direcionada à mudanças na atenção ao prematuro e recém-nascidos de baixo peso é o Método Canguru. Essa metodologia de cuidado possui como fundamentos o acolhimento ao recém-nascido e sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele, envolvimento da família nos cuidados do recém-nascido e a continuidade da atenção. O Método Canguru implica uma mudança de paradigma na atenção perinatal em que as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos (BRASIL, 2011c).

Os avanços tecnocientíficos dos últimos anos, certamente, contribuíram para o desenvolvimento da neonatologia, conforme já argumentado, com reflexos na redução das taxas de mortalidade e aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros com idade gestacional de nascimento (IGN) cada vez menor. Entretanto, é necessário reconhecer que essa “sobrevivência” requer indagações de como tem sido a vida, com o passar dos anos, dessas crianças, de como as famílias vivenciam o cuidado pós-alta a elas e como tem se configurado o seguimento e continuidade do cuidado a estas crianças no contexto dos cuidados em saúde (RUGOLO, 2005; TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2007).

Estudos têm revelado que existem estratégias nacionais na tentativa de garantir o um atendimento logo após o nascimento aos prematuros e, que estes permanecem um longo período de internação, implicando em gastos elevados ao sistema de saúde, contudo as iniciativas para efetivar a continuidade da atenção ainda são incipientes e fragmentadas (BRASIL, 2011b; CARDOSO; FALCÃO, 2004).

Dentre as políticas atuais no contexto brasileiro direcionada à atenção materno-infantil, tem-se a Rede Cegonha que foi instituída a partir da portaria de nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde para qualificação da atenção obstétrica-infantil, que dentre suas ações, propõe assegurar às mulheres um planejamento reprodutivo e o direito à gravidez, parto e puerpério seguros e humanizados, assim como o direito às crianças ao nascimento seguro e humanizado, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Os objetivos da Rede Cegonha direcionados à saúde da criança são traduzidos em implementar um modelo de atenção integral, visando uma infância saudável e articular serviços de atenção de forma a garantir acesso, vinculação, acolhimento e melhoria da resolutividade. Identifica-se que é uma estratégia na tentativa de avançar na assistência materno-infantil no contexto nacional e que busca reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil. Especificamente sobre a criança de risco, existem diretrizes nessa política

que orientam o acompanhamento dessas crianças por serviços de *follow-up* com atendimento e oferta de exames diante de suas demandas (BRASIL, 2011d).

No Estado de Minas Gerais, estratégias recentes direcionadas à assistência materno-infantil têm sido traçadas a partir do programa “Mães de Minas”, que faz parte da Rede Viva Vida, que possui como objetivo uma reorganização da atenção, de modo a potencializar os esforços pela redução da mortalidade infantil e materna. Dentro dessa política, têm-se ações direcionadas, especificamente, à criança de risco com a implantação de serviços, dentre eles os Centros Viva Vida - CVV que possuem como uma de suas finalidades o acompanhamento da criança de risco no contexto de um plano de regionalização da atenção no Estado (MINAS GERAIS, 2011).

As implicações dessas políticas na continuidade da atenção ao prematuro, ainda, não foram evidenciadas por estudos, o que reafirma a relevância de desenvolvimento dessa pesquisa que busca uma aproximação com a realidade da atenção ao prematuro egresso de UTIN no contexto dos cuidados em saúde em municípios do Estado de Minas Gerais.

Identifica-se, conforme descrito até aqui, que avanços políticos, tenocientíficos e assistenciais contribuíram para a evolução da atenção ao neonato, contudo é perceptível que os desafios iminentes a esse contexto exigem o desenvolvimento de pesquisas com o intuito de contribuir com melhorias nesse campo.

### **3 A CONTINUIDADE DA ATENÇÃO AO PREMATURO NO CONTEXTO DA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE**

A incidência da prematuridade, no mundo, representa 9,6% (12,9 milhões) do total de nascimentos (BECK et al., 2010; WATTS, 2006) e, no Brasil, ela corresponde a 6,7% dos nascidos vivos e esses nascimentos são acompanhados por vulnerabilidades a morbididades e representam a maioria das mortalidades no primeiro ano de vida (BRASIL, 2011a).

Ao pensar em prematuridade, deve-se considerar que os recém-nascidos pré-termos (RNPT) apresentam características singulares que requerem uma adaptação complexa ao meio extra-uterino, no que se refere aos aspectos biológicos, sociais e psicológicos (MELLO et al., 2002). Nesta perspectiva, há necessidade de uma assistência resolutiva, que deve ser iniciada no pré-natal e ter continuidade após a alta hospitalar (MELLO et al., 2002; RUGOLO, 2005; TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2007).

Teoricamente, qualquer recém-nascido pré-termo pode cursar com problemas futuros, mas há evidências de maior vulnerabilidade a morbimortalidade para RNPT nascido com menos de 32 semanas e com peso inferior a 1.500 gramas, isto é, de muito baixo peso<sup>6</sup> e isso reafirma a importância de continuidade do cuidado pós-alta a esta população (BRASIL, 2011b; TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2007).

As morbididades resultantes das complicações advindas da prematuridade podem contribuir com reinternações frequentes e resultar em comprometimento do crescimento e desenvolvimento e maior taxa de mortalidade a longo prazo (BRASIL, 2011b; EMBLETON; PANG; COOKE, 2001). Além de demandas constantes por cuidados pós-alta e risco de reinternações, os prematuros de muito baixo e extremo baixo peso possuem chance de apresentar uma condição crônica decorrente das morbididades que apresentam (BRASIL, 2011b). Nesse contexto, existem pesquisadores que têm incluído os prematuros em um grupo denominado “crianças com necessidades especiais de saúde – CRIANES”, que se refere a um grupo de crianças, clinicamente frágeis, dependente de cuidados específicos para sobrevivência no contexto domiciliar (NEVES; CABRAL, 2008a; NEVES; CABRAL, 2008b, SILVEIRA; NEVES, 2012).

---

<sup>6</sup> A Organização Mundial de Saúde – OMS define como recém-nascido baixo peso todos aqueles que apresentam peso de nascimento igual ou inferior a 2.500 gramas, sendo subdividido em recém-nascido de muito baixo peso – RNMBP (peso de nascimento inferior a 1.500 gramas) e recém-nascido de extremo baixo peso – RNEBP (peso inferior a 1.000 gramas). Para a OMS os prematuros são os recém-nascidos com menos de 37 semanas de gestação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).



Com o exposto, argumenta-se sobre a relevância em se pensar e efetivar a continuidade do cuidado ao prematuro com objetivos que podem ser assim traduzidos: acompanhar a adaptação da família aos cuidados da criança no ambiente domiciliar após a alta hospitalar; incentivar o vínculo família-criança; acompanhar o crescimento pondero estatural, acompanhar o desenvolvimento, realizando intervenções precoces e observando as particularidades de cada caso; gerenciar o acompanhamento de outros profissionais envolvidos no atendimento à criança; atender às necessidades de saúde que surgem com o crescimento da criança e analisar dados do seguimento ambulatorial, procurando correlacionar com o atendimento pré e pós-neonatal, a fim de promover melhorias no serviço de saúde perinatal (CARDOSO; FALCÃO, 2004).

Para alcançar os objetivos do acompanhamento ao prematuro e suas famílias estudos apontam a necessidade de oferta de serviços para o atendimento aos egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN e afirmam que a equipe multiprofissional, composta por assistentes sociais, enfermeiros, pediatras, psicólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo e suporte de especialistas da área cardiologia, oftalmologia, neurologia e otorrinolaringologista, deverá estar apta a atender à criança de risco considerando suas especificidades de crescimento e desenvolvimento (DORLING, 2006; JACKSON; NEEDELMAN, 2007; CARBONERO; ALONSO, 2009; KELLY, 2006).

É possível reconhecer que a continuidade do cuidado após a alta hospitalar é fundamental para a qualidade de vida da criança nascida prematura e sua família, entretanto estudos têm alertado, que o cuidado voltado para as especificidades clínicas do prematuro e uma cobertura interdisciplinar após a alta não é realidade em nosso meio (CARVALHO; GOMES, 2005; MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009; MORAIS; QUIRINO; CAMARGO, 2012). Além disso, efetivar a assistência exige um suporte dos serviços de saúde e apoio social, pessoas com as quais a família pode contar, que possui fragilidades no contexto da atenção à saúde da criança no Brasil (MÉIO; LOPES; MORSCH, 2003; VIEIRA; MELO, 2009).

A vulnerabilidade programática do sistema de saúde no que tange a assistência à criança nascida prematura e baixo peso após a alta hospitalar foi verificada em pesquisa realizada no Sul do Brasil. As autoras apontam que além da criança estar vulnerável pela prematuridade e baixo peso, sua família encontra-se vulnerável frente ao rearranjo para o cuidado desta criança egressa de UTIN. Essa condição agrava-se com a vulnerabilidade programática, pela fragilidade de intervenções e vínculos dos serviços de atenção básica e

especializados e pela falta de análise da situação de saúde das famílias (VIEIRA; MELO, 2009).

Para efetivar a continuidade do cuidado à criança de risco e sua família, estudos sinalizam que na composição da atenção pós-alta ao prematuro, precisa existir a integração entre a Atenção Primária em Saúde - APS e os programas de acompanhamento e a intersectorialidade de serviços. Além da oferta de serviços, há evidências de sucesso na continuidade do cuidado, quando há uma efetiva constituição de vínculos e responsabilização entre atores (profissionais e famílias) envolvidos na prática do cuidado (BRAGA; SENA, 2012; CARBONERO; ALONSO, 2009; JACKSON; NEEDELMAN, 2007; KELLY, 2006; VIEIRA; MELLO, 2009; ZAIRA; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006).

Outros elementos constituintes do cuidado, apontados como necessários para efetivar o cuidado pós-alta, é a rede de apoio social (vínculos de amizade da família) e a rede social (composta por diferentes instituições como escolas, serviços de saúde, comunidade, igrejas) (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008). A rede social é identificada como um elemento que auxilia o fortalecimento da família frente às suas experiências de vida, atuando na redução da taxa de mortalidade, na prevenção de agravos e na recuperação da saúde. O suporte da rede de apoio é identificado como fundamental para as famílias no enfrentamento de crises como é o nascimento de uma criança prematura (VIEIRA et al., 2010; ZAIRA; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006).

Estudos têm revelado que para o acompanhamento do prematuro é importante a elaboração de políticas públicas que garantam aos recém-nascidos prematuros a continuidade da atenção e essas políticas devem abranger, inclusive, a garantia do suporte social que a família necessita para cuidar adequadamente da criança (SIQUEIRA; DIAS, 2011; BRAGA; SENA, 2012).

Há evidências de que além da continuidade do cuidado ao egresso da UTIN nos serviços de saúde é fundamental uma atenção à família e, especificamente, às cuidadoras dos prematuros, para garantir um cuidado seguro e uma adaptação às questões da prematuridade. A transição do prematuro do hospital para o domicílio tem se revelado como um processo que envolve sentimentos de insegurança da família, considerando que esta irá assumir os cuidados com uma criança que passou por longo período de internação e vivenciou agravos (SIQUEIRA; DIAS, 2011; SOUZA et al., 2010; RABELO et al., 2007; GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Com toda a complexidade imanente à continuidade da atenção na prematuridade, identifica-se neste estudo que é oportuna a discussão deste tema a partir da temática de redes.

Isso se torna relevante ao considerar que serviços ou profissionais isolados não conseguem acompanhar as mudanças ou responder às demandas e necessidades de saúde da criança nascida prematura e de sua família.

A discussão de redes tem sido proposta por diferentes concepções teóricas e organizacionais no campo da atenção à saúde. Um dos significados atribuídos à discussão de redes seria seu entendimento como uma proposta de regionalização da atenção com o desenvolvimento de programas de saúde e com ênfase na atenção primária em saúde (APS). Nessa proposta, acredita-se que as soluções para as demandas por cuidados em saúde se encontra em um serviço, considerado “porta de entrada”, que vai desencadear e coordenar um itinerário de atendimentos com complexidade crescente. Outra noção de rede é a que propõe a hierarquização por níveis de assistência a qual é definida atribuição para a atenção primária, unidades de atenção especializada e ambulatorial e para os hospitais e, nessa concepção, aposta-se: na vigilância à saúde, na atenção básica como atribuição dos municípios, na regionalização como distribuição geográfica dos serviços e na participação popular (BRASIL, 2005).

Percebe-se as contribuições dessas diferentes abordagens para se pensar a temática de rede, contudo, nesta pesquisa optou-se por olhar e pensar a dinâmica da continuidade da atenção ao prematuro, a partir da ideia de rizoma, apresentada por Deleuze e Guatarri (2007), que remete a uma concepção de rede na qual não “há maior e menor, anterior e posterior, início e fim. Tudo que há é o tramado, só há meio, ‘entre-nós’, ligações, conexões” (BRASIL, 2005, p.109).

Assim, o tema rede, aqui adotado, considera esta como fluxos, misturas, conexões, tendo sempre múltiplas entradas e saídas. Nessa perspectiva, a rede não teria centralidade e nem forma definida uma vez que ela se forma a partir de movimentos, fluxos, conexões e alianças entre os diversos agentes que em um campo de disputas e intencionalidades evidenciam multiplicidades (FRANCO, 2006).

O entendimento de rede a partir da ideia de rizoma considera a formação de fluxos-conectivos que sinalizam um mapa aberto, uma cartografia dos encontros entre sujeitos. Esse mapeamento é permeado por múltiplas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade (FRANCO, 2006). É oportuno considerar que a constituição do cuidado na perspectiva de rede aqui adotada se produz a partir do “desejo”, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, associados à reorganização do processo de trabalho (FRANCO; MAGALHÃES, 2006).

Essa pesquisa pressupõe que as diferentes tecnologias estão presentes e se mostram necessárias na continuidade da atenção ao prematuro e a análise dos seus “(re/des) arranjos” poderão evidenciar processos de subjetivação e, assim, movimentos de territorialização e desterritorialização. Com essa premissa, cabe, aqui, a discussão de redes como um tema oportuno para se pensar as segmentaridades, linhas de fuga e agenciamentos que perpassam o cotidiano da atenção pós-alta ao prematuro e sua família.

Com o exposto até aqui e reconhecendo a relevância em estudar o tema da continuidade da atenção, ao prematuro egresso de UTIN, a presente pesquisa formulou como hipótese de investigação que a constituição em rede da continuidade da atenção se faz no contexto da utilização oportuna de distintas tecnologias e, sobretudo, a partir da implicação, produção desejante, dos diferentes sujeitos que participam da assistência pós-alta ao prematuro.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os dispositivos constituintes da continuidade da atenção à criança nascida prematura em municípios do Estado de Minas Gerais.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Analisar como as cuidadoras vivenciam a atenção pós-alta ao prematuro;
- b) Analisar como é a oferta de serviços a esta população nos municípios cenários de investigação.

## 5 METODOLOGIA

Muitas pessoas tem uma árvore plantada na cabeça, mas o próprio cérebro é muito mais uma erva do que uma árvore (DELEUZE; GUATARRI, 2007, p. 25).

A metodologia inclui a abordagem adotada na pesquisa em um processo de articulação com a teoria, com o cotidiano empírico e com os pensamentos sobre a realidade social (MINAYO, 2007). Reconhecendo este pressuposto, considera-se que o método deverá ser criativo para considerar a dinamicidade, os processos de subjetivações, as multiplicidades e os dispositivos presentes no contexto de investigação.

É pertinente considerar que, nos diversos momentos históricos e nos diferentes ramos da ciência, há um conjunto de crenças, visões de mundo e de processos de trabalho em pesquisa, consagrados, reconhecidos e alguns legitimados pela comunidade científica. Entretanto o progresso da ciência se faz pela colocação em discussão das teorias e dos métodos, acontecendo assim uma verdadeira revolução (KUHN, 2007).

Nessa perspectiva, a construção do método neste estudo considerou as questões paradigmáticas e pragmáticas que envolvem a teoria e a prática no contexto da atenção a saúde, entretanto acredita-se na criatividade e flexibilidade metodológica como uma possibilidade de revelar e construir novos conhecimentos acerca do objeto de investigação.

### 5.1 A PESQUISA QUALITATIVA: OPÇÃO EPISTEMOLÓGICA E METODOLÓGICA

A opção, neste estudo, pela pesquisa qualitativa está fundamentada em duas questões: o envolvimento e vivência da pesquisadora com o objeto de investigação e pela concepção que os processos de subjetivações deverão ser analisados, a partir do significado que os sujeitos atribuem às experiências diante dos (des)encontros no contexto pós-alta de atenção à saúde da criança nascida prematura.

Ao escolher um estudo qualitativo considera-se que o processo de descoberta não é mérito exclusivo do pesquisador: “a descoberta é, por assim dizer, contaminada pelo senso comum” (PIRES, 2010, p.52). Nessa perspectiva, é necessário reconhecer que as produções de subjetividades e a participação efetiva dos atores sociais, a partir do relato de suas vivências e o envolvimento ético do pesquisador com o tema de investigação são elementos constituintes do processo de pesquisa.

Atualmente, na construção do conhecimento, o mais importante não é manter uma neutralidade diante do objeto, mas, ao contrário, produzir um conhecimento útil,

explicitamente orientado por um projeto ético, visando a solidariedade e a criatividade (PIRES, 2010). Todo processo de construção teórica é ao mesmo tempo uma dialética de subjetivação e de objetivação. Essa criatividade do pesquisador corresponde a sua experiência reflexiva, a sua capacidade pessoal de análise e de síntese teórica, a sua memória intelectual, a seu nível de comprometimento com o objeto e a sua capacidade de exposição lógica (MINAYO, 2002).

No campo da construção do conhecimento, identifica-se que mais do que uma técnica de coleta de dados, e menos do que um novo paradigma de interpretação, a pesquisa qualitativa traz uma nova visão, um novo questionamento, permitindo reconceituar a realidade investigada (GROULX, 2010).

Pires (2010) defende que a pesquisa qualitativa se caracteriza em geral por sua flexibilidade de adaptação durante o desenvolvimento, por sua capacidade de se ocupar de objetos complexos e combinar diferentes técnicas de coleta de dados, por sua capacidade de descrever em profundidade aspectos da vida social e por sua abertura para o mundo empírico.

Demo (2011) alerta que a pesquisa qualitativa requer formalização metódica, pois isso é parte da cientificidade, mas afirma que “o desafio é chegar a níveis de intensidade não linear que exige habilidade inequívoca de análise bem fundamentada” (DEMO, 2011, p.109).

É certo reconhecer que o objeto de investigação deva ser analisado a partir de um construto epistemológico que permita apreender e compreender os (des) encontros, e seus processos de subjetivações, que atravessam o cotidiano das pessoas, na produção da rede de atenção ao prematuro egresso de Unidade de Terapia Intensiva e, é na abordagem qualitativa, que se identificou essa possibilidade.

## 5.2 REFERENCIAL TEÓRICO

A escolha do referencial teórico-metodológico foi feita considerando a necessidade de se pensar e olhar a continuidade da atenção ao prematuro e sua família na perspectiva de formação de rede e entendendo que imanente a esta se encontram as produções de subjetividades e os processos de subjetivações. O processo de subjetivação é considerado nesta pesquisa como produção de determinados territórios existenciais em uma formação histórica específica. Nessa perspectiva, a subjetivação refere-se às diferentes formas de produção da subjetividade em um determinado contexto social, ou seja, “um modo intensivo e não um sujeito pessoal” (DELEUZE, 1990, p.135).

A partir disso, optou-se pelo referencial metodológico subsidiado pelos teóricos Deleuze e Guatarri (2007) que trazem uma discussão capaz de pensar a contemporaneidade e os processos de subjetivações imanentes a esta, a partir do termo rizoma, que orientou a concepção de rede adotada nessa investigação. A ideia de rizoma faz uma alusão às multiplicidades, não remetendo a nenhuma “combinação de múltiplo e uno, mas pelo contrário, uma organização própria do múltiplo como tal, que de modo nenhum tem necessidade da unidade para formar um sistema” (DELEUZE, 1988, p. 303).

A proposição dos autores considera as multiplicidades como uma reformulação do pensamento linear e objetivo e eles ponderam que:

A maior parte dos métodos modernos para fazer proliferar séries ou para fazer crescer uma multiplicidade valem perfeitamente numa direção, por exemplo linear, enquanto uma unidade de totalização se afirma tanto mais numa outra dimensão, a de um círculo ou de um ciclo (DELEUZE; GUATARRI, 2007, p.14).

As multiplicidades, imanentes à ideia do rizoma, possui como apresentado a seguir, suas características aproximativas ou princípios que orientam o “pensamento rizomático”:

O princípio de conexão e heterogeneidade que concebe que qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro, sendo que no rizoma não temos uma raiz pivotante, dicotômica, organizada e cada traço não remete, necessariamente, a uma linguística, mas a cadeias semióticas biológicas, políticas, econômicas e etc. O princípio da multiplicidade em que o múltiplo não tem mais relação com o uno como sujeito ou como objeto e, nessa perspectiva, os teóricos sinalizam que é preciso considerar a inexistência de unidade que sirva de pivô. “Uma multiplicidade não tem nem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões [...]. As multiplicidades se definem pelo fora: linha de fuga ou desterritorialização” (DELEUZE; GUATARRI, 2007, p.16-17).

O princípio da ruptura a-significante que não aceita a concepção de que os cortes significantes separam as estruturas e, a partir dessa ideia, o rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer e retoma segundo uma ou outra de suas linhas. “Há ruptura no rizoma cada vez que linhas segmentares explodem numa linha de fuga, mas a linha de fuga faz parte do rizoma. Estas linhas não param de se remeter uma às outras” (DELEUZE; GUATARRI, 2007, p. 18).

O princípio da cartografia e da decalcomania que caracteriza o rizoma como estranho à ideia de eixo genético, ou de estrutura profunda e, assim, não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural gerativo. O rizoma é “mapa e não decalque e o mapa é aberto,



desmontável, reversível, suscetível de modificações constantemente [...] Um mapa tem múltiplas entradas contrariamente ao decalque que volta sempre ‘ao mesmo’ ” (DELEUZE; GUATARRI, 2007, p. 22)

Com esses princípios o rizoma, na elaboração dos teóricos:

não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo ser, mas o rizoma tem como tecido a conjunção “e...e...e” (DELEUZE; GUATARRI, 2007, p. 37)

A premissa das multiplicidades, como anteriormente mencionado, imanentes ao rizoma, trazem alguns elementos teóricos que subsidiaram o olhar e a análise do tema investigado como o conceito de agenciamentos que “é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões” (DELEUZE; GUATARRI, 2007, p.17)

Os agenciamentos ou dispositivos podem ser considerados artifícios produtores de inovação que geram acontecimentos e devires. Há um elemento intrínseco aos agenciamentos que é o desejo entendido “como uma força essencialmente produtiva e criativa que busca encontros e é imanente a forças animadoras do social, do histórico e do natural” (BAREMBLITT, 2002, p. 58).

Considera-se nesse estudo, conforme aponta Barembritt (2002), que a sociedade, na perspectiva de Deleuze e Guatarri é reticular, formada por uma grade aberta, uma malha de funcionamentos, interpenetrados, que são simultaneamente psíquicos, políticos, semióticos e naturais.

Além das características rizomáticas que compõem as relações sociais deve-se levar em consideração, conforme apontado pelos teóricos, que todo indivíduo é atravessado por duas segmentaridades: uma molar e outra molecular. O molar pode ser entendido como campo da regularidade, da estabilidade, da conservação e da reprodução, remetendo a corpos cheios de Estado. O molecular caracteriza-se pela produção desejante, capaz de desencadear o novo ou uma metamorfose nas entidades molares, que assim se desestratificam e se desterritorializam em linhas de fuga (DELEUZE; GUATARRI, 1996; BAREMBLITT, 2002).

Na perspectiva da micropolítica, uma sociedade se define por suas linhas de fuga, que são essencialmente moleculares. É como se sempre vazasse alguma coisa, que escapa às organizações instituídas ocasionando uma evolução (DELEUZE; GUATARRI, 1996).

Nesta pesquisa, conforme discutido pelos teóricos, é assumido que a política opera por macrodecisões e escolhas binárias, mas o domínio do decidível permanece

desejante. Deve-se considerar que a macrodecisão política mergulha necessariamente num mundo de microdeterminações e desejos, ou seja, “toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica” (DELEUZE; GUATARRI, 1996, p. 86).

Nesta investigação, optou-se por este referencial por acreditar que ele contribui na identificação de sistemas não arborecentes, acentrados e pela possibilidade de revelar as linhas de fugas e agenciamentos ou dispositivos que perpassam o cotidiano da atenção ao prematuro após a alta. Há, ainda, uma relevância inequívoca de se pensar os processos de subjetivação e as segmentaridades molares (macro) e moleculares (micro) imanentes ao cotidiano dos sujeitos envolvidos nesta pesquisa.

Assim, tenta-se, neste estudo, apresentar uma análise que não seja uma imagem (decalque) do tema de pesquisa, mas que ela possa produzir rizoma com os leitores.

### 5.3 CENÁRIO

Habitar, circular, trabalhar, brincar: o vivido é segmentarizado espacial e socialmente (DELEUZE; GUATARRI, 1996, p. 76).

O Estado de Minas Gerais - MG apresenta distintas realidades demográficas, econômicas, sociais, culturais e sanitárias compondo cenários socioambientais e perfis epidemiológicos diversificados. Possui uma área de 586.528,293 Km<sup>2</sup>, uma população estimada de 19.159.260 milhões de habitantes e um grau de urbanização de 83,4% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010).

A partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Estado está dividido em 13 Macrorregiões de Saúde (FIGURA 1), consideradas a base territorial de planejamento da atenção à saúde, em função das características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços e relações entre municípios (BRASIL, 2002).

FIGURA 1 - Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais



Fonte: PDR/MG/2011

A presente pesquisa foi desenvolvida em três municípios de uma Microrregião, pertencente à Macrorregião Oeste, a qual os municípios de Divinópolis e Santo Antônio do Monte são referência. Constituída por 13 municípios, a Microrregião totaliza uma população de aproximadamente 433.188 habitantes (TABELA 1) e pode ser visualizada na Figura 2.

FIGURA 2 - Municípios da Microrregião Divinópolis/Santo Antônio do Monte



Fonte: PDR/MG/2011

TABELA 1  
População dos Municípios pertencentes á Microrregião Divinópolis/SAMonte

Municípios da Microrregião	População	
	Divinópolis/SAMonte	Nº
Araújos	7.689	1,8
Arcos	36.456	8,4
Carmo do Cajuru	20.041	4,6
Claudio	25.935	6
Divinópolis	216.100	49,9
Itapecerica	21.199	4,9
Japaraíba	3.876	0,9
Lagoa da Prata	47.010	10,9
Pedra do Indaiá	4.079	0,9
Perdigão	7.966	1,8
Santo Antônio do Monte	25.900	6
São Gonçalo do Pará	11.248	2,6
São Sebastião do Oeste	5.689	1,3

Fonte: PDR/MG/2011

Buscando diversidade e viabilidade para análise do tema proposto neste estudo, foi definido como cenário de investigação três municípios com diferentes taxas de incidência da prematuridade (TABELA 2) e considerou-se a inclusão de municípios que são referência para a microrregião. Sendo assim, ficou definida a inclusão de: um município com a maior incidência de nascimentos pré-termo (Itapecerica), um município sede do Centro Viva Vida e referência para os municípios da Microrregião e com a segunda menor taxa de incidência de nascimento prematuro (Santo Antônio do Monte) e um município referência para a microrregião e toda a macrorregião Oeste do Estado, que corresponde a 50% da população da microrregião, sendo referência para partos de alto risco pela presença de um hospital de grande porte (Divinópolis).

TABELA 2

Incidência da prematuridade (< 37 semanas) e baixo peso (< 2.500g) ao nascer na Microrregião Divinópolis/SAMonte

Municípios	%
Araújos	12,0
Arcos	8,1
Carmo do Cajuru	7,4
Cláudio	9,0
Divinópolis	8,4
Itapecerica	21,8
Japaraíba	16,2
Lagoa da Prata	8,7
Pedra do Indaiá	7,1
Perdigão	2,9
Santo Antônio do Monte	6,9
São Gonçalo do Pará	6,9
São Sebastião do Oeste	6,9

Fonte: Superintendência Regional de Saúde – SRS/SES/MG, 2009

É pertinente mencionar que nenhum destes municípios cenários conta com um serviço de *follow up* específico de acompanhamento à criança de risco. Para uma contextualização metodológica, apresenta-se a seguir características demográficas e territoriais dos municípios que foram incluídos, bem como os serviços de saúde disponibilizados à população e a principal fonte de renda.

### 5.3.1 Divinópolis

Divinópolis é considerado pólo da região Centro Oeste do Estado e caracteriza-se, principalmente, pela indústria confeccionista e metalurgia/siderurgia. Possui uma área aproximada de 708,1Km<sup>2</sup> e uma população de 213.016 habitantes (IBGE, 2010).

Possui um Hospital de referência para o município e macrorregião Oeste, que possui 250 leitos, 70% do seu atendimento é dedicado ao SUS e é referência para 57 municípios. Realiza, anualmente, 190.000 procedimentos ambulatoriais, 15.200 internações, 13.600 cirurgias e 3.000 partos. Atende diferentes especialidades e conta há dez anos com

uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica/Neonatal com seis leitos. A assistência neonatal deste serviço não possui ambulatório de seguimento para os egressos e realiza, no momento da alta, o referenciamento das crianças para a Atenção Primária (DIVINÓPOLIS, 2009).

Além do Hospital de Referência, o município de Divinópolis conta com uma atenção primária à saúde composta por 15 Centros de Saúde, 12 Estratégias de Saúde da Família - ESF, um Pronto Socorro, uma Policlínica com atendimento de especialidades, que possui um serviço de atendimento para crianças de risco (Núcleo de Estimulação) que conta com atendimento de fisioterapia e terapia ocupacional, nutrição e psicologia e uma Unidade de Referência em Saúde Mental, além de atenção conveniada e privada. (DIVINÓPOLIS, 2009).

### **5.3.2 Santo Antônio do Monte**

O município possui uma população de 25.975 habitantes e uma área territorial de 1.125Km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

A estrutura de serviços do SUS para atendimento à população conta com oito equipes de ESF, um centro de especialidades (fisioterapia, pediatria, ginecologia obstetrícia, cardiologia, ortopedia e urologia), serviço de especialidades odontológicas, Centro Viva Vida/Hiperdia, exames especializados, Hospital dia, Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) laboratório Municipal e Farmácia Municipal. O município possui ainda um hospital de pequeno porte.

O Centro Viva Vida/Hiperdia (CVV) é um serviço de saúde implantado e implementado no município de SAMonte a partir da Rede Viva Vida, uma estratégia da Secretaria de Estado de Minas Gerais, para reduzir a mortalidade materna e infantil e favorecer a regionalização da atenção materno-infantil. Há uma diversidade de serviços ofertados pelo CVV, dentre eles, o atendimento às crianças de risco nascidas nos municípios da microrregião. O CVV para o atendimento ao prematuro possui uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, pediatra, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e psicólogo, que foi capacitada para atendimento às especificidades da prematuridade.

Referente à economia do município, a principal fonte de renda e de empregos são as indústrias de fogos de artifícios.

### 5.3.3 Itapecerica

O município tem uma população de 21.377 habitantes e uma área territorial de 1.040,5km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

Para assistência à saúde, conta com cinco equipes de ESF, um Centro de Saúde com as seguintes especialidades: cardiologia, ortopedia, urologia e ginecologia/obstetrícia; um hospital de pequeno porte com 61 leitos com os serviços de Clínica Geral, Cirurgia, Pediatria e Obstetrícia.

A principal fonte de renda do município provém de indústrias e comércio local.

## 5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Previamente à inserção no cenário, o projeto de pesquisa foi autorizado pela Superintendência Regional de Saúde (SRS) da Microrregião pertencente à Macrorregião Oeste do Estado de Minas Gerais e pelas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios a serem incluídos.

Para solicitar autorização aos municípios, a pesquisadora participou de uma reunião da Comissão Intermunicipal Bipartite (CIB) da Microrregião, com representantes dos treze municípios que a compõe, na qual foi apresentada a proposta de investigação, entregue uma cópia do projeto e uma carta de apresentação, juntamente com o termo de autorização, que foi, posteriormente, assinado pelos gestores locais de saúde dos municípios.

Após a autorização dos municípios, o projeto foi apreciado pelo Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, obtendo aprovação para ser desenvolvido, conforme parecer de número 0339.0.203.000-11 (ANEXO A).

Toda a construção do trabalho de campo foi orientada pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre aspectos éticos com pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). O sigilo, o anonimato, o consentimento livre e esclarecido (ANEXO B) e o uso do material, exclusivamente, para fins científicos são garantidos, assim como todas as exigências previstas na resolução.

## 5.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A proposta inicial do estudo seria a realização de entrevistas com gestores locais de saúde dos três municípios incluídos e com um gestor representante da Superintendência Regional de Saúde - SRS. Entretanto, em dois municípios, o gestor indicou profissionais de referência na área de saúde da criança, afirmando que estes poderiam contribuir efetivamente com informações para o estudo. Assim, foram participantes desta pesquisa, na primeira fase, um gestor local (Itapecerica), um gestor representante da SRS e quatro profissionais (dois do município de Divinópolis e dois do município de Santo Antônio do Monte). A entrevista a estes participantes foi orientada por um instrumento semi-estruturado (ANEXOS C e D).

Seis participantes fizeram parte desta etapa da pesquisa, tendo a seguinte caracterização: quatro profissionais da saúde (uma enfermeira, uma fisioterapeuta, uma médica e uma psicóloga), um gestor local de saúde (funcionário com cargo administrativo, substituto do secretário de saúde, com formação em matemática) e um gestor representante da Superintendência Regional de Saúde – SRS (coordenador da atenção primária em saúde da Macrorregião e coordenador da Comissão Intermunicipal Bipartite - CIB da Microrregião, formação: Tecnólogo em Saúde Pública).

Na segunda fase do estudo, participaram, por meio de entrevista em história oral temática (ANEXO E), dez cuidadoras/mães que foram convidadas a partir de critérios inclusão, que serão descritos no item 5.6.2.1 desta metodologia.

## 5.6 TRABALHO DE CAMPO

### 5.6.1 Primeira fase: o contexto da realidade investigada

Para uma aproximação com os cenários de investigação e para visualizar como os municípios se propõem a atender às especificidades/demandas dos prematuros por cuidados em saúde após a alta hospitalar, foi necessária uma fase de captação e análise da oferta dos serviços nos municípios cenários. Desenvolvida no período de setembro de 2011 a novembro de 2011, buscou-se, nesta etapa, identificar, a partir do discurso dos profissionais e gestores, como está configurada a oferta de serviços para o atendimento à saúde aos recém-nascidos prematuros egressos da UTIN.



As entrevistas, realizadas nos municípios, foram previamente agendadas com os participantes, considerando sua disponibilidade e, após assinatura do consentimento livre e esclarecido, foram gravadas em aparelho digital.

Na busca de dados de fonte secundária, foram solicitados documentos e materiais que sinalizassem para a organização local e pactuações intermunicipais direcionadas ao cuidado à criança de risco, no entanto os participantes revelaram que os documentos existentes são aqueles disponibilizados pelo Estado, como as linhas guias e manuais técnicos, que orientam o atendimento à criança e o Plano de Diretor de Regionalização (PDR). Não existiam documentos com registros das pactuações intermunicipais ou fluxos de atendimento ao prematuro que poderiam subsidiar uma análise de dados de fontes secundárias.

## **5.6.2 Segunda fase: compreensão a partir das cuidadoras**

### **5.6.2.1 O mapeamento da prematuridade e a definição das cuidadoras**

Nessa etapa da pesquisa, foi possível uma aproximação com a vivência de cuidadoras na (des) continuidade da atenção ao prematuro. Para tanto, foram estipulados critérios de inclusão das cuidadoras, a partir de dados dos prematuros e foi construído um mapeamento dos nascimentos pré-termo nos municípios cenários, o que permitiu a busca ativa das participantes da pesquisa.

Os critérios de inclusão das cuidadoras foram definidos a partir do perfil de nascimento e idade de seus filhos. Assim, ficou definido que seriam convidadas para participar da pesquisa cuidadoras que tiveram recém-nascidos prematuros com idade gestacional de nascimento (IGN) inferior a 32 semanas e o prematuro deveria ter entre 12 e 18 meses de idade. A definição da idade gestacional levou em consideração as evidências de estudos que revelam a necessidade de seguimento dos prematuros, principalmente, dos que nascem com IGN inferior a 32 semanas e/ou com um peso inferior a 1.500 gramas, devido ao risco destes desenvolverem morbidades e apresentarem alterações no crescimento e desenvolvimento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2004; CARBONERO; ALONSO, 2009; DORLING, FIELD, 2006; RUGOLO, 2005; TRONCHIN, TSUNCHIRO, 2007).

A idade entre doze e dezoito meses foi estipulada por acreditar que, durante esse período, a cuidadora já teria vivenciado uma experiência de acesso a serviços para cuidados

em saúde, para efetivar a continuidade da atenção ao prematuro, o que possibilitaria relatar elementos significativos desta vivência.

Esta etapa da pesquisa foi iniciada em Maio de 2012 e finalizada em Agosto de 2012. Os dados para a construção do mapeamento foram colhidos a partir de um roteiro de registro (ANEXO F). Foram feitos novos contatos com os municípios cenários para agendar uma visita e acessar as informações a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, um sistema que tem como fonte de dados as Declarações de Nascidos Vivos (DNV).

A coleta de informações no SINASC permitiu revelar a incidência de nascimentos prematuros nos municípios cenários que pode ser visualizada na Tabela 3:

TABELA 3

Nascimentos prematuros, por município cenário de estudo, entre Dezembro de 2010 a Maio de 2011

Município	Nascidos vivos	Prematuros	IGN $\leq$ 32 semanas
Divinópolis	1.429	109	32
SAMonte	166	18	2
Itapecerica	89	5	2

Fonte: SINASC/MG/2012

A partir desse mapeamento, excluindo os recém-nascidos com IGN inferior a trinta e duas semanas que faleceram, foi feito um contato com as unidades de Atenção Primária em Saúde, considerando a área de abrangência destas e os endereços maternos registrados no SINASC, para conseguir o contato telefônico das cuidadoras. O convite foi feito por telefone, quando este estava cadastrado na Unidade de Atenção Primária, ou por visita domiciliar.

Os dados sobre o total de cuidadores que poderiam participar do estudo, os óbitos (para RN com  $IGN \leq 32$  semanas) e as cuidadoras que, realmente, participaram são apresentados na Tabela 4.

TABELA 4  
Cuidadoras possíveis de inclusão, óbitos de prematuros e cuidadoras incluídas

Município	Possíveis de Inclusão (IGN ≤ 32 semanas)	Óbitos	Inclusão
Divinópolis	32	8	8
SAMonte	2	1	1
Itapecerica	2	1	1

Fonte: SINASC/MG/2012

No município de Divinópolis, 24 cuidadoras poderiam ser incluídas na pesquisa, entretanto 16 não participaram, pois foram encontradas as seguintes situações: em uma das famílias a mãe/cuidadora da criança havia falecido e não houve receptividade para indicar outro cuidador, uma mãe/cuidadora mencionou não ter interesse em participar, duas afirmaram não ter disponibilidade, oito não foram encontradas no endereço de registro do SINASC, duas não atendiam ao critério de inclusão de idade gestacional inferior a trinta e duas semanas e duas informaram o endereço dos avós da criança e, durante a coleta, haviam mudado da cidade.

Assim, foram incluídas como participantes do estudo nesta etapa, dez mães/cuidadoras, oito do município de Divinópolis, uma de Itapecerica e uma de Santo Antônio do Monte.

#### 5.6.2.2 As visitas domiciliares e a constituição da história oral temática

A estratégia de aproximação para coleta de dados nesta etapa foi a visita domiciliar. Foram realizadas para cada cuidadora, a partir de sua disponibilidade, duas visitas. As primeiras visitas aconteceram na segunda quinzena do mês de junho de 2012 e a segunda, aproximadamente, trinta dias depois.

Na primeira visita, foi realizada uma entrevista em história oral temática e observação não participante (DALLOS, 2010) da criança acerca do seu desenvolvimento, tendo como referência um roteiro de triagem (ANEXO G) existente na caderneta da criança preconizada pelo Ministério da Saúde e amplamente utilizada pelos profissionais para vigilância do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2011e). Nesta etapa de investigação, foi utilizado também um diário de campo que permitiu o registro de informações relevantes que não foram mencionadas durante a entrevista em história oral.

A história oral como técnica, utilizada na primeira visita, foi escolhida por entender que essa estratégia de coleta de dados permitiria às cuidadoras, no presente, relatarem a vivência de processos deflagrados no passado, que no caso das participantes deste estudo, foram situações vivenciadas no período que compreende 12 a 18 meses antes da entrevista em história oral.

A entrevista em história oral procura centrar-se na visão de mundo e versão que os atores sociais apresentam (LOZANO, 1996). Existem três gêneros de história oral, a história oral de vida, a história oral temática e a tradição oral. Neste estudo, optou-se pela história oral temática por existir um foco central, a prematuridade após a alta hospitalar, a partir do qual foi feita a entrevista em história oral (MEIHY; HOLANDA, 2011).

Esta estratégia de coleta de dados permitiu uma análise capaz de apresentar as diversidades e as especificidades, consideradas legítimas, de quem vivenciou a atenção pós-alta ao prematuro, o que tem aderência com o referencial teórico metodológico que orienta esta pesquisa, que considera as multiplicidades e os processos de subjetivação como iminentes ao cotidiano das relações sociais.

A diferença entre entrevista em história oral temática e uma entrevista é que na história oral há diálogo entre as participantes e a pesquisadora e sua forma de apresentação é semelhante a um testemunho que permite análises de processos sociais. Nessa perspectiva, entendemos que:

Àqueles que optam pela história oral como algo mais do que simples entrevistas é dado pensar a estruturação de procedimentos capazes de dignificá-la além do possível valor informativo que possa conter. A história oral para deixar de ser recurso complementar implica linhas de atuação que a extraia da aventura diletante (MEIHY; HOLANDA, 2011 p. 12).

A entrevista em história oral foi orientada por roteiro (ANEXO E) e gravadas em aparelho digital. A duração média das entrevistas foi de quinze (15) minutos, com exceção de duas que duraram aproximadamente quarenta e cinco (45) minutos. No final da visita, a cuidadora era informada de que em aproximadamente trinta dias receberia nova visita.

As entrevistas em história oral foram transcritas na íntegra e os dados foram tratados e analisados conforme descrito item 5.7 desta metodologia.

Após tratamento das entrevistas em história oral, cada testemunho foi impresso e apresentado à cuidadora, na segunda visita, para validação e para que retirasse ou incluísse informações que entendesse como pertinente. Dentre as dez mães que leram o testemunho,

uma solicitou a inclusão de uma informação que não estava descrita na história. As demais leram e mantiveram como foi apresentado.

A devolução da entrevista em história oral às participantes foi imprescindível, para que elas se reconhecessem no texto e, durante o ato de conferência, validassem o testemunho apresentado (MEIHY; HOLANDA, 2011).

Além da entrevista em história oral temática durante as visitas, foram realizadas observações das crianças nascidas prematuras a partir de roteiro de vigilância do desenvolvimento (ANEXO G) e a coleta de informações sobre o crescimento (medidas de peso, estatura e perímetro cefálico) contidas na caderneta da criança. Os dados antropométricos do prematuro foram registrados em tabela (ANEXO H) igual à disponível na caderneta da criança.

A observação do prematuro foi orientada pelo roteiro da caderneta da criança que possui os marcos do desenvolvimento para cada faixa etária. O que não foi observado durante as visitas perguntava-se às cuidadoras se a criança já realizava aquela atividade e essas informações eram registradas no diário de campo. Esse processo contribuiu para sinalizar a situação apresentada pela criança para o seu desenvolvimento. O objetivo dessa observação foi incluir informações de forma a contextualizar o desenvolvimento da criança na história oral temática.

A vigilância do desenvolvimento deve ser realizada pelos profissionais de saúde que atendem o prematuro no acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, sendo necessário ajustar a idade gestacional<sup>7</sup>, para não subestimar a criança. Dessa forma, utilizou-se o roteiro da caderneta, considerando a idade gestacional corrigida. Não foram realizadas intervenções com a criança, mas observação direta das atividades que ela realizava, durante o período da visita, e o que não era visualizado de marco, a partir da observação, foi solicitada como informação à cuidadora.

As informações sobre o desenvolvimento contaram com dois momentos: na primeira visita, observação, com registros no roteiro, para uma primeira aproximação e na segunda visita, foi realizada uma nova observação. Essa segunda visita permitiu observar atividades que algumas crianças não haviam apresentado na primeira visita.

---

<sup>7</sup> Idade Gestacional Ajustada ou idade corrigida representa o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade. O emprego da idade corrigida – IC na avaliação do crescimento e desenvolvimento de RNPT, no mínimo até dois anos de idade, permite não subestimá-los na comparação com a população de referência (KOSINSKA, 2006). Existe uma fórmula (BRASIL, 2011b) que ajuda no cálculo da idade corrigida, a saber: IC = Idade Cronológica (dias ou semanas) - (40 semanas - IG em semanas).

## 5.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas com profissionais e gestores na primeira etapa do estudo foram transcritas na íntegra e, posteriormente, codificadas (E1, E2, E3 etc.) para garantia do anonimato. Dois municípios que contaram com a participação de mais de um participante foi acrescentado um número à codificação (exemplo E4.1, E4.2). Os municípios foram também codificados (M1, M2, etc), para permitir maior sigilo durante a descrição da oferta de serviços ao prematuro após a alta.

As entrevistas foram tratadas, conforme sugere Minayo (2007), inicialmente, realizando a transcrição e a ordenação dos dados que inclui uma primeira leitura do material e organizações dos relatos. Essa etapa possibilitou uma visualização ampla das descobertas em campo. Com a ordenação dos dados, foi possível iniciar um processo de leitura horizontal e exaustiva das entrevistas que permitiu apreender as ideias centrais apresentadas pelos participantes acerca da atenção pós-alta ao prematuro nos municípios cenários. Concluída essa leitura horizontal, iniciou-se uma leitura transversal, buscando identificar as unidades de sentidos que foram agrupadas formando uma categoria empírica.

Desse processo analítico, foi possível a construção de uma categoria empírica e três subcategorias conforme apresentado no Quadro 1:

QUADRO 1 - Categoria e subcategorias empíricas da primeira etapa de coleta

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
Atenção à saúde da criança nascida prematura após a alta hospitalar: as multiplicidades dos cenários em análise.	Serviços disponibilizados à criança nascida prematura após a alta: possibilidades de acesso ao SUS.
	Movimentos que sinalizam para a continuidade da atenção.
	A descontinuidade da atenção.

Fonte: Dados da Pesquisa

Assim, as subcategorias empíricas são apresentadas, buscando revelar os sentidos atribuídos pelos participantes, à oferta de serviços ao prematuro no período pós-alta. A análise dos dados foi construída considerando referencial teórico metodológico adotado neste estudo

e confrontando os achados com literatura que discute a temática, o que permitiu uma análise aprofundada e contextualizada.

Na segunda fase deste estudo, as entrevistas em história oral temática foram, inicialmente, transcritas na íntegra, mantendo todos os vícios de linguagem, interrupções, sons, ruídos, falas do pesquisador e falas das colaboradoras, o literal do que foi gravado. O segundo passo foi realizar uma leitura dos dados transcritos que permitiu um processo de textualização da história no qual foram eliminadas as perguntas e vícios de linguagem. Os sons e ruídos foram excluídos e, quando oportuno, foi realizada uma reorganização dos acontecimentos relatados, favorecendo um texto mais claro denominado testemunho no qual se realizou a codificação dos nomes das cuidadoras (C1, C2, C3 etc.) e das crianças nascidas prematuras (P1, P2, P3 etc.) para garantia do anonimato e sigilo das informações.

Para cada texto trabalhado no formato de testemunho, foi extraída uma frase guia chamada “tom vital” que representa um recurso, para revelar a essência da história, semelhante a um título (MEIHY; HOLANDA, 2011).

Abaixo, é apresentado (QUADRO 2) o “tom vital” dos testemunhos.

QUADRO 2 - Tom Vital das histórias incluídas na pesquisa

Cuidadora	Tom Vital
C1	No início foi preocupante.
C2	Eu estou presente o tempo todo, tudo que se refere a ele é muito importante.
C3	Ela era muito pequenininha.
C4	No começo foi complicado, mas depois a gente adaptou tudo direitinho.
C5	Foi tranquilo.
C6	Mas eu ficava insegura.
C7	É difícil demais!
C8	Normal... uma menina normal.
C9	Eu não queria sair do hospital de tanto trauma.
C10	Se não fosse Deus, ela não teria nascido perfeita!

Fonte: Dados da Pesquisa

Os testemunhos foram apresentados às cuidadoras, na segunda visita, para que elas pudessem após leitura validar as informações contidas nos mesmos. Concluída a etapa de

validação dos testemunhos, seguiu-se com a leitura exaustiva destes, o que permitiu uma “impregnação” da história relatada pelas cuidadoras e a posterior construção das narrativas.

As narrativas possuem diversificadas concepções teóricas e conceituais oriundas da literatura, da história, do campo da comunicação e da psicanálise. Neste estudo, optou-se pela concepção de narrativas a partir do campo da comunicação que é entendida por Guimarães (2006) e Leal (2006) como um processo de mediação entre indivíduo e sociedade e para tanto imbuído de interlocução. Nessa perspectiva, as narrativas oferecem recursos para lidar com os acontecimentos da vida cotidiana e as experiências comunicacionais que por sua vez precisam de um olhar “narrativizante” (LEAL, 2006). No caso deste estudo, o olhar narrativizante foi o da pesquisadora, que estabeleceu articulações entre diversos fragmentos em circulação (GUIMARÃES, 2006; LEAL, 2006).

O cotidiano de experiências ao ser narrado na percepção de Campos e Furtado (2008) seria um método privilegiado para estudar as novas práticas em saúde. Os autores argumentam, ainda, que: *“Na relação entre texto, narrativa e discurso poderiam ser vistas as condições para inserção e circulação dos dizeres sociais, das ideologias e das realidades da vida cotidiana”* (CAMPOS; FURTADO, 2008, p. 1093).

Assim, nesta pesquisa, a construção das narrativas foi um processo de interlocução entre a pesquisadora e a história das cuidadoras e permitiu uma primeira aproximação com as multiplicidades e as singularidades imanentes a cada vivência relatada. As narrativas construídas são apresentadas como uma “história contada” a partir da pesquisadora e, por isso imbuída de um processo analítico inicial. No texto narrado, poderá ser identificado o que é literamente dito pela cuidadora (citado em itálico), suas percepções e afirmativas e o que é análise e inferência da pesquisadora.

Construídas as narrativas, estas foram lidas, exaustivamente, o que permitiu a identificação de unidades de sentidos, que agrupadas formou uma categoria. As subcategorias constituídas, nesta etapa do estudo, podem ser visualizadas no Quadro 3.



QUADRO 3 - Categoria e subcategorias empíricas da segunda etapa de coleta

Processos de subjetivação e os agenciamentos no contexto da prematuridade.	O dever cuidadora do prematuro no domicílio.
	Os territórios assistenciais e a continuidade da atenção.
	Contribuições para a produção do adoecimento.

Fonte: Dados da Pesquisa

Neste relatório de pesquisa, são apresentadas as narrativas, cujo título de cada uma é “o tom vital” que emergiu do testemunho, para que os leitores tenham a oportunidade de aproximação com a história das cuidadoras. Antes de apresentar as subcategorias, foi descrito o perfil das cuidadoras e prematuros que fizeram parte dessa investigação. Posteriormente, a categoria e suas respectivas subcategorias são apresentadas, buscando confrontar os achados das narrativas com bibliografia que aborda o tema e com o referencial teórico adotado neste estudo.

Os dados obtidos da caderneta da criança como peso, estatura e perímetro cefálico foram copiados em formulário (ANEXO H). Após ajustar a idade gestacional do prematuro, os dados foram inseridos em curvas, também extraídas da caderneta da criança do Ministério da Saúde (ANEXO I), o que permitiu uma visualização do crescimento da criança, em situações que a caderneta contava com registros contínuos. Um exemplo do registro e construção das curvas pode ser visualizado no ANEXO J.

É possível reconhecer os limites metodológicos desta coleta em fonte secundária que não permite uma fidedignidade dos dados, considerando que a antropometria não foi realizada pela pesquisadora. Não foi objetivo, nesse momento, classificar a criança quanto ao seu crescimento, mas incluir elementos e informações que permitissem uma percepção ampliada da continuidade da atenção ao prematuro. As informações da caderneta complementaram a análise referente à continuidade da atenção obtida na entrevista em história oral com as cuidadoras.

Os dados acerca do desenvolvimento, coletados a partir de um roteiro contido na caderneta da criança, juntamente com informações das cuidadoras registradas no diário de campo, foram analisados considerando os marcos do desenvolvimento esperado para a idade ajustada. Assim, foi possível sinalizar quais os prematuros estavam com um desenvolvimento que correspondia ao esperado para sua idade corrigida e quais estavam com um

desenvolvimento que não correspondia ao esperado para sua idade ajustada. Essas análises permitiram uma aproximação com o crescimento e desenvolvimento dos prematuros no contexto da continuidade da atenção pós-alta.

## 5.8 A ARTICULAÇÃO DOS DADOS: EM BUSCA DOS ANALISADORES

A articulação dos resultados da primeira etapa da pesquisa com os achados da segunda etapa constituiu-se de um processo de identificação dos analisadores que explicitam os interesses em disputa e os desejos que constituem o contexto da atenção pós-alta ao prematuro.

A perspectiva de construir analisadores para a compreensão do contexto de atenção à saúde é marcada pela ideia de se criar dispositivos que tenham o compromisso com a abertura de linhas de fuga em processos instituídos e reveladores dos interesses em disputa e das intencionalidades, mais do que com a produção de receitas sobre como construir um processo de trabalho em saúde (MERHY et al., 2006).

## 6 RESULTADOS

Escrever nada tem a ver com significar, mas agrimensar, cartografar, mesmo que sejam regiões ainda por vir (DELEUZE; GUATARRI, 2007, p.13).

### 6.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NASCIDA PREMATURA APÓS A ALTA HOSPITALAR: AS MULTIPLICIDADES DOS CENÁRIOS EM ANÁLISE

A presente categoria apresentará um panorama, constituído a partir do discurso dos profissionais e gestores, dos serviços de saúde disponibilizados ao prematuro após a alta hospitalar, dos movimentos que sinalizam para a continuidade do cuidado e dos desafios que não contribuem para a continuidade da atenção ao prematuro. Além de apresentar a análise das entrevistas destes participantes, será apresentado um “mapa rede” que revela, para cada município cenário, os serviços ofertados e sinalizam possibilidades/multiplicidades da continuidade da atenção no contexto da assistência pós-alta ao prematuro.

#### 6.1.1 Serviços disponibilizados à criança nascida prematura após a alta: possibilidades de acesso ao SUS

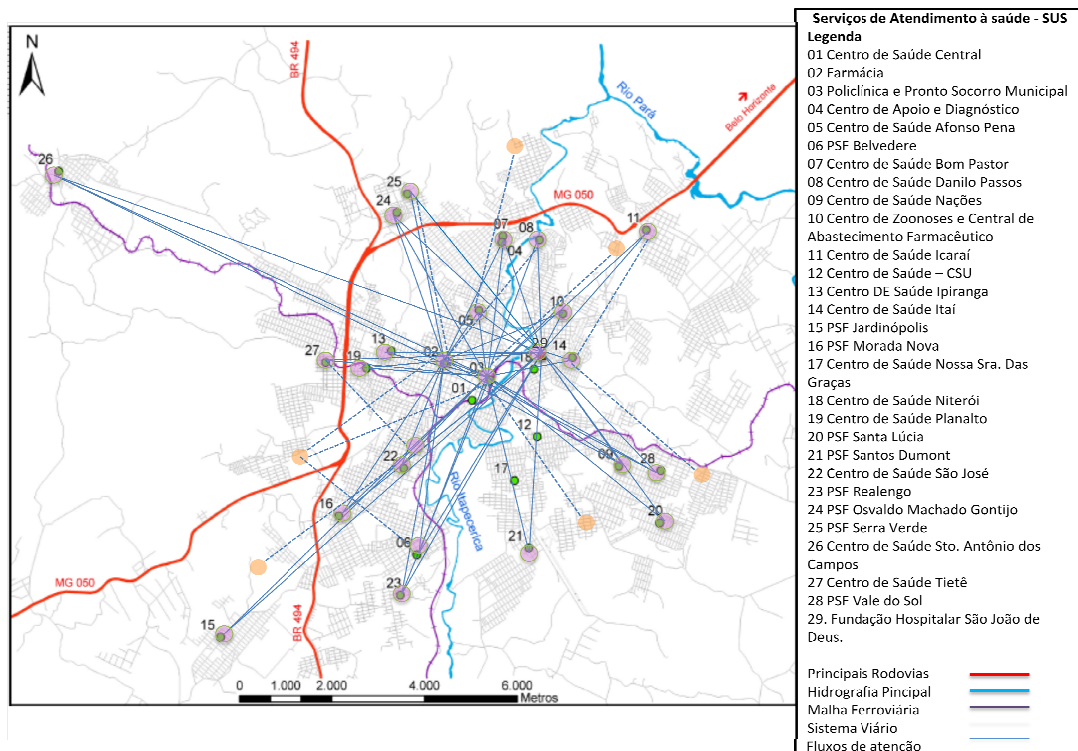
Os serviços de atenção pós-alta disponibilizados pelo SUS à criança que nasce prematura, no município M1, é composto por: unidades de atenção primária em saúde (ESF e Centros de Saúde), núcleo de estimulação (serviço composto por equipe multiprofissional - psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e nutrição) e consultas de especialidades médicas.

A análise dos dados revelou que o prematuro terá diferentes formas de acessar os serviços: no momento da alta, ele poderá ser encaminhado à atenção primária em saúde que poderá encaminhá-lo ao núcleo de estimulação e existe, ainda, a possibilidade de encaminhamentos do hospital diretamente para esta unidade. Há também os encaminhamentos que são disparados pelos Centros de Saúde ou ESF ao informarem às famílias sobre os serviços disponibilizados no atendimento ao prematuro. A análise evidenciou que serviços privados também realizam encaminhamentos de crianças para o núcleo de estimulação. Há, ainda, uma quarta possibilidade de disparar a continuidade da atenção que é a busca ativa de crianças nascidas prematuras de gestantes que realizaram o pré-natal de cuidados especiais no município.

No município M1, ficou evidenciado que os serviços de consultas médicas especializadas não possuem um acesso facilitado, exceto para o oftalmologista, que atende a todas as crianças acompanhadas pelo núcleo de estimulação. A forma de acesso a estas especialidades acontece, majoritariamente, pelos encaminhamentos feitos por profissionais do núcleo de estimulação, mas podem ser feitos por profissionais de outros serviços como do hospital ou da atenção primária.

As informações sobre os serviços disponibilizados pelo SUS à criança prematura no município M1 articulada com as informações dos participantes, nesta etapa do estudo, permitiu a construção de um “mapa rede” que é uma figura que remete a interlocuções entre discursos de gestores e profissionais, território do município, oferta de serviços e encaminhamentos. O “mapa rede” do município M1 pode ser visualizado na Figura 3.

FIGURA 3 - “Mapa Rede” do município M1

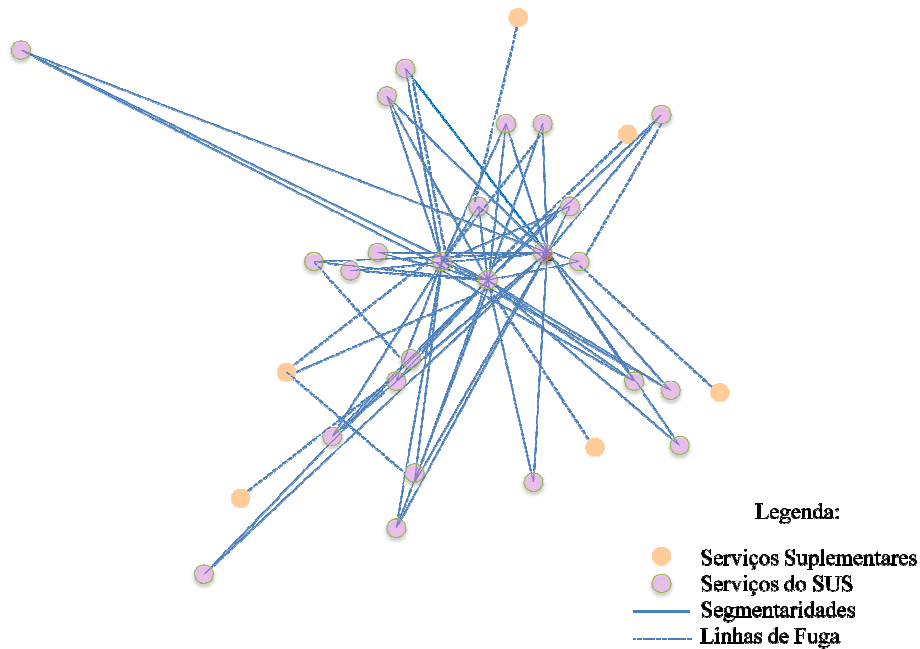


Fonte: Adaptado de Divinópolis/MG (2009)

A análise dos serviços ofertados evidencia que o município M1 possui uma diversidade de serviços disponíveis e diferentes encaminhamentos para o atendimento ao prematuro após a alta hospitalar. As diferentes maneiras de acessar os serviços vão compo

um cenário que se configura a partir de diferentes encontros e encaminhamentos aos serviços. A “rede rizomática” do município M1 pode ser visualizada na Figura 4:

FIGURA 4 - A “rede rizomática” do município M1



Fonte: Dados da Pesquisa

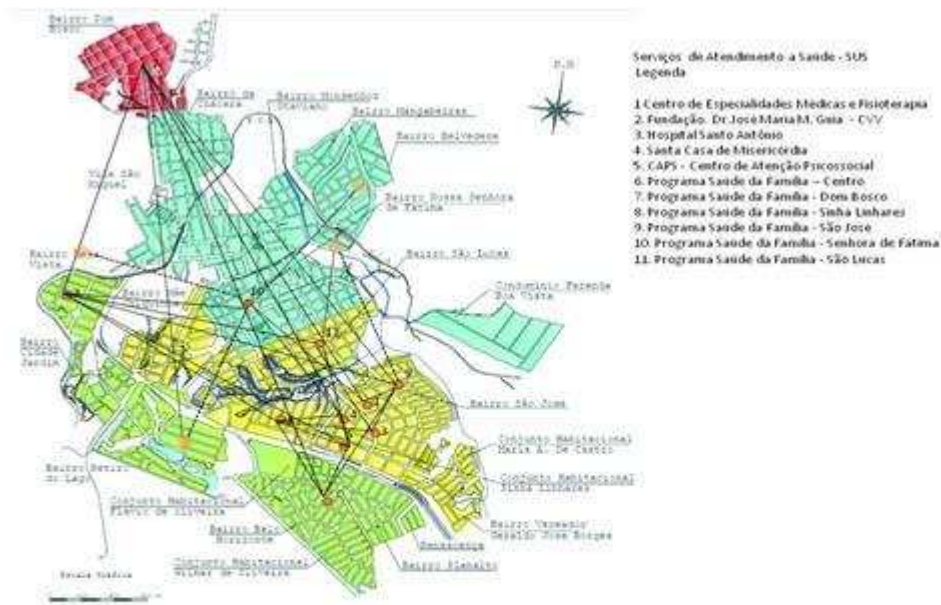
A “rede rizomática” é uma representação figurativa que ao ser visualizada deve-se considerar suas multiplicidades, as conexões e heterogeneidades, a cartografia e a ruptura a-significante como princípios imanentes ao processo de atenção ao prematuro que vai se dando nos (des) encontros, produtores de subjetividades, no cotidiano da assistência pós-alta. A figura é estática, entretanto, é oportuno pensar na dinamicidade imanente à mesma. A “rede rizomática” é uma representação que permite visualizar os diferentes “fluxos conectivos” que compõem o contexto de atenção à saúde no município cenário M1. As segmentaridades, linhas contínuas, formam rotas assistenciais, conforme instituído pelo município e revela as distintas e múltiplas formas de acesso aos serviços. As linhas pontilhadas remetem às “linhas de fuga”, processos de “desterritorialização”, que também fazem parte dessa “rede rizomática”, podendo desencadear agenciamentos, isto é, processos inovadores de atenção a saúde.

O município M2 oferta os seguintes serviços à criança nascida prematura após a alta: unidades de APS (ESF) e o Centro Viva Vida - CVV. O acompanhamento da criança é disparado pela APS que a referencia para o CVV que possui uma equipe multiprofissional composta por: enfermeiros, pediatras, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogos e assistentes sociais. Há, ainda, uma possibilidade de iniciar a atenção pós-alta aos prematuros a partir da busca ativa a estes pelo CVV. O município não possui serviço de consultas médicas especializadas para atendimento das necessidades do prematuro. O acesso ao especialista acontece no município sede da microrregião (Divinópolis) ou a partir de encaminhamentos para a capital (Belo Horizonte).

Foi identificado pelos entrevistados do cenário M2 que hospitais de Belo Horizonte são também serviço de atenção pós-alta ao prematuro, uma vez que esta instituição possui o serviço de seguimento e a presença de especialidades médicas e, por isso mantém o atendimento ao prematuro por um período.

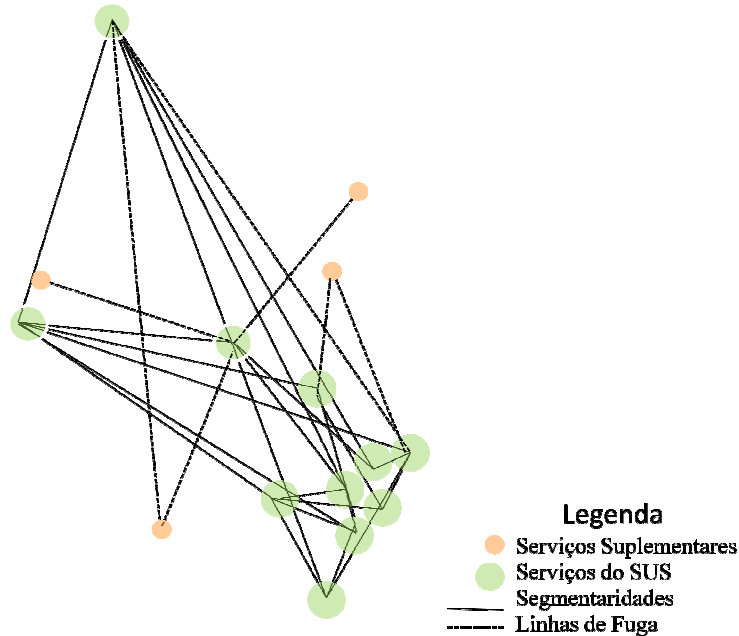
O município M2 por ter a presença do CVV está apto a receber crianças referenciadas dos treze (13) municípios que fazem parte da microrregião. Os serviços disponíveis para o atendimento ao prematuro após a alta hospitalar neste município podem ser visualizados no “mapa rede” M2.

FIGURA 5 - “Mapa rede” do município M2



A “rede rizomática” que sinaliza para os possíveis fluxos conectivos que compõem a atenção ao prematuro no município M2 pode ser visualizada na Figura 6.

FIGURA 6 - “Rede rizomática” do município M2



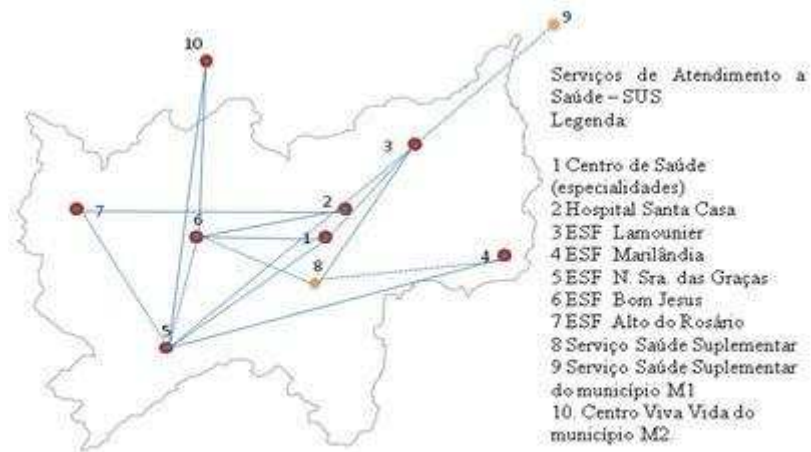
Fonte: Dados da Pesquisa

É preciso esclarecer que não foram representados na Figura 6 os encaminhamentos de hospitais localizados fora do município cenário. A Figura 6 representa um “arranjo” de encaminhamentos para atendimento ao prematuro no município M2, com diferentes fluxos conectivos, linhas contínuas ou pontilhadas e os “entre-nós” que remetem a pontos de encontro interpessoal em serviços de atenção à saúde.

O município M3 dispõe de unidades de APS (ESF) para atenção à criança prematura. A análise dos dados revelou que este município, conforme previsto pelo PDR, utiliza o CVV para atendimento às crianças, cabendo à APS realizar o encaminhamento a esta unidade sediada no município M2.

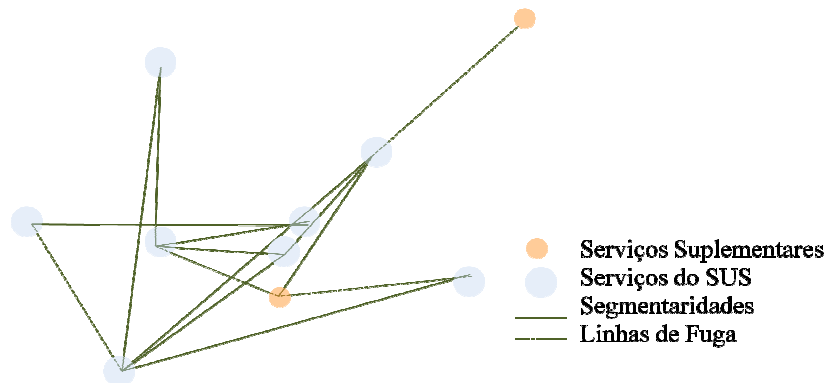
No município M3, quando há necessidade de consultas médicas especializadas, as crianças são encaminhadas para Belo Horizonte. Os serviços ofertados ao prematuro neste município podem ser visualizados na Figura 7 que retrata o “mapa rede” de M3.

FIGURA 7 - “Mapa rede” do município M3



Fonte: Adaptado de mapa disponível em <http://www.itapecerica-mg.com.br>

FIGURA 8 - “Rede rizomática” município M3



Fonte: Dados da Pesquisa

A análise dos serviços ofertados permitiu identificar os diferentes fluxos e serviços que vão compondo um “território assistencial” aos prematuros nos municípios participantes desta pesquisa. Identificou-se que os municípios fazem diferentes “arranjos” para efetivar a atenção pós-alta ao prematuro. Conforme o referencial teórico adotado nesta pesquisa, a proposta de apresentar as “redes rizomáticas” dos municípios foi uma possibilidade de identificar que mais que um processo de encaminhamento hierárquico, entre serviços de diferentes “níveis” de atenção, a organização da atenção vai se configurando a partir de diversos fluxos conectivos e na ausência de uma centralidade. É como se não



houvesse maior e menor, anterior e posterior, início e fim: a trama em rede vai se dando “entre-nós”, com ligações e fluxos conectivos (BRASIL, 2005).

Assim, essa representação da “rede rizomática” remeteria à ideia de fluxos, misturas, conexões, tendo sempre múltiplas entradas e saídas e, nessa perspectiva, ela não teria forma definida, uma vez que ela se configura a partir de movimentos e alianças entre os diversos agentes que em um campo de disputas e intencionalidades expressam subjetividades e processos de subjetivação.

As segmentaridades (linhas contínuas), as linhas de fuga (linhas pontilhadas) e os “entre-nós” (pontos de encontro) presentes em uma “rede rizomática” poderão a partir de agenciamentos “gerar” novas segmentaridades, mesmo que essa não esteja representada na figura, bem como novas linhas de fuga com potencialidade de formar “novos” fluxos conectivos. Assim, a “rede rizomática” se aproxima de um “rizoma” e permitiu uma aproximação com a dinamicidade constante e os processos inacabados que constituem a continuidade da atenção nos municípios cenários.

A análise tecida até aqui são subsídios para a visualização contextualizada dos cenários de investigação, sendo que elementos mencionados nesta subcategoria serão retomados adiante.

### **6.1.2 Movimentos que sinalizam para a continuidade da atenção**

A análise das entrevistas permitiu identificar, conforme será descrito nessa subcategoria, estratégias que favorecem uma atenção continuada ao prematuro nos municípios cenários.

A atenção primária em saúde é identificada pelos participantes como serviço que efetivamente, realiza o acompanhamento da criança o que poderá favorecer a “adesão” da cuidadora à assistência prestada à criança, como pode ser identificado nas seguintes unidades de sentido.

O acompanhamento é feito no PSF lá da área que ela (criança) reside. O médico e o enfermeiro acompanham (E3).

É a atenção primária mesmo, eles captam e encaminham pro serviço de pediatria aqui do centro viva vida (E4.1).

Na realidade essa criança vai ser atendida nos dois lugares. Na unidade e aqui. Porque o serviço de puericultura é na unidade (...). A Unidade Básica é justamente pra trabalhar com essa mãe a importância disso porque se a mãe não vê a importância então ela larga. Só a gente trabalhar com isso é pouco. Elas vão muito

no Posto, na Unidade e vem aqui pouco, então se essas coisas não são trabalhadas na atenção primária fica mais difícil elas virem. A gente tem que contar com essa enfermeira que faça puericultura e essa assistência nessa unidade (APS) (E2.2).

A análise sinaliza que os serviços de atenção primária em saúde devem realizar ações articuladas com outros serviços no acompanhamento do prematuro e que essas unidades de atenção primária exercem atividades que favorecem o seguimento, pois é um local potencial de constituição de vínculo.

Considerando esse achado, cabe ponderar que embora não haja consenso quanto à definição de APS, Starfield (2002) afirma que a atenção primária se diferencia dos outros serviços assistenciais por apresentar quatro atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Atenção Básica explicita o vínculo entre as equipes de atenção primária e a população adscrita como um dos princípios deste serviço (BRASIL, 2006). O termo vínculo longitudinal que se estabelece nesse espaço de cuidado seria uma “relação terapêutica estabelecida entre usuários e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo” (CUNHA, GIOVANELLA, 2011, p.1038).

Com essas evidências e avançando na análise, identifica-se que a missão da APS pode ser traduzida em uma construção da atenção que permite, junto ao usuário, realizar práticas acolhedoras, que vinculam e resolvem, no sentido de promover e proteger sua saúde e favorecer um cuidado contínuo (MERHY, 2006b). A proposta de uma atenção a partir do vínculo e responsabilização são ferramentas que favorecem a adesão das famílias ao acompanhamento das crianças nascidas prematuras (VIEIRA; MELLO, 2009).

Estudos têm revelado que países, que possuem sistemas que utilizam o potencial da APS no atendimento à população, apresentam menores taxas de incidência de doenças e de internação, redução de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 2004).

A análise permite inferir que a APS mostra-se como um espaço de atenção que pode favorecer a continuidade da atenção ao prematuro egresso de UTIN, considerando sua potencialidade para a constituição de vínculo.

Starfield (2002) defende como atributos da APS a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, mas cabe esclarecer, considerando a análise tecida até aqui, que é possível visualizar a potencialidade da APS como serviço

oportuno para uma continuidade da atenção, contudo essa inferência não deverá ser entendida como uma defesa da centralidade da atenção nesse serviço. O que se identifica na análise deste estudo é que os distintos serviços de atenção pós-alta ao prematuro estabelecem um cuidado que deve se configurar de forma longitudinal e integral e que a APS possui especificidades nas quais identificamos explicitamente esses atributos.

A análise das entrevistas permitiu identificar também que a busca ativa de crianças nascidas prematuras para acompanhamento é uma estratégia realizada por profissionais do núcleo de estimulação no município M1 e do CVV (M2), uma vez que estes serviços localizam-se no mesmo espaço físico de atendimento do pré-natal de cuidados especiais, o que favorece o rastreamento de crianças nascidas prematuras de gestantes de risco acompanhadas nestes serviços. Os enunciados abaixo explicitam essa busca ativa.

A terceira porta de entrada são os meninos do pré-natal de alto risco que nascem. Então essa gestante que sai daqui e vai para o hospital, quando ela ganha, ela entra em contato aqui, marca a consulta de pós-parto e aí nessa consulta a gente pega essa criança (E2.1).

O serviço social que faz uma busca ativa dessa criança, ela fez pré-natal aqui e a gente sabe que evoluiu para um parto prematuro (E4.1).

Estudos têm apontado que uma das estratégias favoráveis para a entrada e também adesão do prematuro e sua família ao acompanhamento são as buscas ativas que são realizadas de diferentes formas como contato telefônico e a visita domiciliar (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2007; JACKSON; NEEDELMAN, 2007).

A análise das entrevistas sinaliza que o encaminhamento dos prematuros, entre os diferentes serviços disponíveis para a continuidade da atenção, é uma possibilidade apresentada pelos participantes da pesquisa.

Quando eles vêm do hospital vem com relatório, eles são encaminhados à unidade básica (E4.2).

A gente vai fazer a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, mas a gente não vai fazer uma intervenção diária, ou semanal, como essa criança precisa, a gente vai entrar em contato com o município (E4.1).

A articulação entre diferentes serviços de atendimento ao prematuro é apontada em estudos como processo que favorece a continuidade e a integralidade da atenção (VIEIRA; MELLO, 2009; CARBONERO; ALONSO, 2009).

A análise dos dados permite inferir que os encaminhamentos estão previstos e desencadeiam fluxos de atendimento nos municípios cenário. Entretanto, efetivar este processo dependerá de um efetivo e resolutivo encontro entre os profissionais e a família do prematuro para, de fato, desencadear a continuidade da atenção à saúde. Há ainda que se considerar que a interação dialógica entre os profissionais dos diferentes serviços, que atendem à criança nascida prematura, mostra-se como movimento favorável à continuidade da atenção, quando menciona-se os encaminhamentos aos distintos serviços ofertados.

A análise revelou que, em um dos municípios cenário, o acompanhamento do prematuro por profissional que trabalha em diferentes serviços facilita a atenção prestada após a alta hospitalar.

Há uma facilidade. Eu que estou no hospital eu atendo o bebê, eu dou alta, às vezes eu encaminho para a Unidade, mas como eu faço atendimento no CVV esse bebê vai fazer acompanhamento comigo lá (E4.2).

O processo de vinculação é possível, quando os sujeitos envolvidos no cuidado encontram-se em diferentes espaços de cuidado. Seria como se o profissional tivesse a oportunidade de conhecer a “história” e a trajetória da criança nascida prematura. Contudo, a efetiva constituição de vínculo, com sua potencialidade de favorecer a continuidade da atenção, dependerá de um efetivo encontro mediado por diálogos, com vistas à constituição da autonomia da família, para conseguir lidar com as situações da prematuridade.

A análise permite inferir que um dos movimentos que favorece a continuidade do cuidado pós-alta é o protagonismo dos profissionais da atenção primária ao realizar a o seguimento da criança. Os movimentos que sinalizam para a continuidade da atenção podem ser traduzidos por elementos que vão conformando a rede: a oferta de serviços de atenção à saúde, o estabelecimento de vínculos para adesão à assistência pós-alta e os encaminhamentos aos serviços disponíveis para atendimento ao prematuro.

### **6.1.3 A descontinuidade da atenção**

A análise das entrevistas permitiu identificar o que não favorece a constituição de uma atenção continuada ao prematuro nos municípios cenários, como será descrito a seguir.

A análise dos dados aponta, especificamente, sobre o Centro Viva Vida - CVV, delineado pelo Estado, dentre outras finalidades, para atendimento à criança de risco, que este serviço está deslocado, pois nos discursos dos participantes identifica-se que ele deveria estar,

pela lógica do PDR, localizado na sede da Microrregião - Divinópolis que possui o maior número de habitantes.

A consequência deste “deslocamento” na percepção dos entrevistados gerou uma “revolta” dos municípios e uma recusa no referenciamento das crianças de risco para este serviço, o que acaba ocasionando sua subutilização. Essas afirmativas são confirmadas nas seguintes unidades de sentido:

O caso do Viva Vida por uma questão que a gente não sabe porque aconteceu ele simplesmente chegou lá para aquela população e o município de Divinópolis já tinha o serviço (...). Então qual seria a lógica correta que se pegasse esse serviço que já existe, dá um suporte de recurso financeiro pra ele, constrói uma estrutura e ajuda no custeio e ele passa a receber a microrregião. Então a lógica seria essa, mas aquele serviço chegou lá e aí o que aconteceu, teve uma revolta, porque o município de Divinópolis tem a metade da população da microrregião, então era pra ter um centro aqui. Se você pensar é o que a própria gestão fala, como é que você enche um ônibus de gestante e leva pra Santo Antônio do Monte (...) Hoje a taxa de ocupação daquele centro é de 23% da capacidade dele e ele recebe captação fechada (E1).

A nossa estrutura aqui pra poder atender prematuridade, do Centro Viva Vida, ela é enorme. A gente tem condições de atender todas as crianças da micro. Esse centro foi planejado, de acordo com os moldes do Estado para economia de escala e escopo, para atender essa população de quatrocentos e trinta mil habitantes, incluindo Divinópolis e a gente nota que essas crianças não chegam no Viva Vida (E4.1).

A subutilização do Centro Viva Vida revela, em alguma medida, um desencontro entre o que deveria ser efetivo, do ponto de vista da organização política administrativa, para favorecer a regionalização e o que, realmente, vem acontecendo.

Ao analisar a situação “deslocada” do CVV percebeu-se que houve uma decisão política, uma intencionalidade, aqui representada pelo “governo do Estado”, relativa à localidade de instalação deste serviço e uma “revolta” e, com isso, o não encaminhamento das crianças de risco dos municípios da microrregião para o CVV. Identifica-se que a recusa ao encaminhamento vai se dando em um espaço aonde disputas, de distintas forças instituintes, geram a impotência da continuidade da atenção. É relevante considerar que há uma potencialidade, imanente à micropolítica do trabalho em saúde, capaz de gerar novos arranjos de cuidado, agenciamentos e linhas de fuga, contudo os dados aqui analisados não evidenciaram isso.

Os dados analisados evidenciam momentos de “desencontros”, entre os serviços ofertados, caracterizado por uma fragilidade de comunicação entre os profissionais das diferentes unidades, pela decisão do profissional em não efetivar o encaminhamento a uma unidade especializada como o CVV e ao Núcleo de Estimulação e dificuldades de

deslocamento intermunicipal para acesso ao CVV, devido à ausência de um transporte efetivo entre municípios da Microrregião. O desfecho destes “desencontros” é desfavorável para a saúde da criança, conforme apontam os discursos dos colaboradores.

Então eu vejo que falha essa comunicação entre a rede terciária para a secundária para primária. Eu acredito que precisa melhorar isso (E2.2).

Porque na realidade eles (profissionais do hospital) encaminham as crianças, mas muitas vezes das vezes essa criança pára na Unidade Básica, ela não vem pra cá (núcleo de estimulação) (E6.1).

Ah eu tenho pediatra no meu município, eu não preciso encaminhar! Não entende que há um atendimento especializado, diferenciado. Então a gente já pegou crianças aqui com um grau de atraso imenso e irreversível. A atenção primária não encaminha, não encaminha mesmo, tem essa resistência mesmo, às vezes a equipe até tem vontade de encaminhar, mas é barrada no transporte que não tem, é barrado no secretário e etc. (...) Tem município que nem encaminha seus prematuros pro CVV e eles não estão em lugar nenhum sendo acompanhados (E4.1).

A recusa dos profissionais em efetivar o encaminhamento ao CVV requer o reconhecimento de que o autogoverno do trabalhador é um território amplo que, em alguns momentos, pode (re) produzir uma prática intensamente “privativa”, fragmentária e não resolutive, dependendo do modelo de atenção que orienta a assistência deste profissional, bem como várias outras intencionalidades que permeiam suas decisões (MERHY, 2006a).

Nessa perspectiva, é possível reconhecer que para a continuidade da atenção ao prematuro, faz-se urgente uma prática com a intencionalidade de efetivamente proporcionar o acesso aos serviços disponíveis e, nessa busca, há que se pensar em uma micropolítica do trabalho capaz de ter como “meios” os encontros dialógicos e os espaços interseções (interação/intervenção), como potencializadores de uma conduta ética, comprometida e resolutive. E como “fins” deste “trabalho vivo em ato” defende-se a autonomia e segurança da família para lidar com as questões da prematuridade.

Uma “dificuldade” apresentada pelos participantes desta pesquisa em efetivar a continuidade da atenção é a “falha na comunicação” entre os profissionais dos distintos serviços ofertados à criança nascida prematura. Esta constatação surgiu na análise como situação desfavorável à continuidade da atenção. Com isso, cabe aqui mencionar que estudos têm revelado que a “abertura” ao diálogo possibilita a circularidade dos diferentes saberes que configuram a atenção à saúde, bem como favorece a troca de informações sobre a situação de saúde e adoecimento da criança de risco e sua família. Há um reconhecimento da

comunicação como uma estratégia que favorece a efetiva continuidade da atenção (BRAGA; SENA, 2010; ZAIRA, CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006; JACKSON; NEEDELMAN, 2007).

A dificuldade de acesso a especialidades médicas, uma demanda comum ao prematuro, é realidade dos cenários em análise. Existem estratégias na tentativa de garantir esse atendimento, como o pagamento da consulta pelo município ou pela família e, ainda, a tentativa de vaga a essas especialidades no grande centro como a capital do Estado.

A análise dos dados revela que, além da dificuldade de acesso, o atendimento pontual do especialista não favorece um cuidado continuado ao prematuro. O acompanhamento a médio e longo prazo por especialistas torna-se, em algumas situações, necessário para favorecer a continuidade da atenção. Isso é evidenciado nos enunciados abaixo.

Essa especialidade nós fazemos o encaminhamento pra outro centro. Divinópolis, Belo Horizonte, no caso dela precisar de um neuropediatra (...). Tem conseguido marcar, mas não tá fácil não. Nós tentamos os dois o que sair primeiro (E3).

O prematuro sempre precisa da neuropediatria e aí é um gargalo que a gente tem (...). A gente não tem esse serviço na rede, então a gente não conta, mas a gente encaminha pra Central de Leitos que tem uma morosidade (...). Então o serviço social (do CVV) entra em contato com o serviço social do município e tenta viabilizar o pagamento desse atendimento, que o município arque com esse atendimento (especialista) para que a criança tenha uma assistência. A gente vai ter uma consulta com o neuropediatra enquanto o prematuro precisa de uma constante avaliação desse profissional. Então é um dificultador (E4.1).

Esse eu acho que é um dos maiores problemas. A gente não tem muitos especialistas pelo SUS para atendimento ao bebê. Há não ser as crianças que vão de fora, igual Belo Horizonte, e o hospital tem uma referência ambulatorial às vezes de neuro, de otorrino pra uma avaliação (...). Na região não tem nenhuma referência nem no Viva Vida numa avaliação neurológica dessas crianças, um oftalmo pelo SUS. A gente não tem nenhuma referência então os que precisam a família paga a consulta (E4.2).

Os outros especialistas a gente tem que contar com a vaga do município que o neurologista, o cardiologista, otorrino que não são na realidade os que mais precisam. Às vezes a gente consegue às vezes não. Essa é a verdade (E2.2).

A dificuldade de acesso às especialidades médicas, mencionada pelos participantes do estudo, permite identificar linhas de fuga que desencadeiam estratégias para garantir o atendimento deste profissional. As linhas de fuga, aqui identificadas, referem-se a “arranjos” com vistas a uma “saída” ou resolutividade que se efetivam com o pagamento da consulta pela família ou pela secretaria de saúde do município ou na tentativa de encaminhamento da criança para ser atendida em outro município. Contudo, é evidente que a

finalidade do atendimento por este profissional, em alguns casos, deveria se dar a médio e longo prazo o que, efetivamente, não acontece.

A análise dos dados revela que os participantes identificam atrasos no desenvolvimento das crianças nascidas prematuras como pode ser verificado nos enunciados a seguir.

O prematuro assim houve um boom da prematuridade e tudo, onde se qualificou, agora a gente já tá é no arroz com feijão relacionado aos cuidados com prematuridade. O que tem mostrado pra nós essas crianças com sequelas, atrasos importante no desenvolvimento, com inúmeros problemas escolares (...). Essa criança não recebeu uma assistência, um acompanhamento adequado e tá influenciando lá com seis, sete, oito anos (E4.1).

Nós temos prematuros que vão com o desenvolvimento ok, vão muito bem, mas nós já tivemos diversos quadros de crianças com sequelas mil, algumas vai ser a questão da linguagem, outras questões cognitivas, comportamento muito frequente a questão do comportamento, três anos a gente vê muito disso. Essa questão cognitiva que a família vai perceber lá na pré-escola. Então os profissionais às vezes esquecem desses fatores (E2.1).

Estudos têm apontado que a continuidade do cuidado, após a alta, é um processo que poderá contribuir para a identificação precoce de alterações no crescimento e desenvolvimento, para tanto será preciso uma estrutura articulada de diferentes serviços (saúde, escola, instituições não governamentais e comunidade) e equipe multiprofissional capacitada e atenta às especificidades da prematuridade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2004; BRAGA, SENA, 2012; CARDOSO; FALCÃO, 2004; MÉIO; LOPES; MORSCH, 2003). A intervenção precoce poderá minimizar, em algumas situações, quadros de atraso no crescimento e desenvolvimento sendo que o vínculo com as famílias trona-se um elemento fundamental deste processo de prevenção de agravos e promoção da saúde (VIEIRA; MELLO, 2009; VIEIRA et al., 2010; DORLING, FIELD, 2006)

A análise permite inferir que o CVV é subutilizado, mesmo dispendo de uma estrutura composta por equipamentos e equipe capacitada para o atendimento da criança de risco. A interpretação dos dados revela uma dificuldade em efetivar a regionalização do cuidado, ora pela definição individual de profissionais, pela estrutura fragilizada de referência e contrarreferência ou ausência de transporte público intermunicipal. A dificuldade de acesso às consultas especializadas mostrou-se um desafio em todos os cenários em análise, o que desfavorece a continuidade do cuidado e poderá comprometer a avaliação de saúde das crianças nascidas prematuramente.



Quando se reconhece que os municípios são composto por sujeitos políticos (profissionais, gestores, usuários) com interesses, intencionalidades e disputas visualizam-se nos cenários em análise, movimentos na tentativa de operacionalizar o proposto pela política pública, sinalizando um processo de “territorialização” (regionalização e descentralização) mas, também identificam-se linhas de fuga e “desterritorialização”, caracterizando um novo arranjo do cuidado, quando há por exemplo tentativas de garantia de acesso às especialidades médicas.

As afirmativas dos participantes da pesquisa e a análise dos dados permite inferir que o desfecho, para a criança nascida prematura, quando há fragilidades no acesso e ações que não estão comprometidas com a continuidade de seu cuidado, seria um movimento potencial para o adoecimento. O que a análise sinaliza é que os serviços disponíveis para efetivar a continuidade da atenção pós-alta ao prematuro, nos municípios participantes da pesquisa, são atravessados por decisões macro e micro que ora contribuem para a continuidade da atenção, ora remetem a uma descontinuidade do cuidado.

## 6.2 UMA APROXIMAÇÃO COM AS CUIDADORAS E OS PREMATUROS DESTE ESTUDO

Ao apresentar as cuidadoras, é possível uma aproximação com informações socioeconômicas e perfil das mesmas e dos prematuros participantes desta investigação. Informações sobre escolaridade e estado civil das cuidadoras podem ser visualizadas na Tabela 5.

TABELA 5

Estado civil e escolaridade das cuidadoras

Cuidadora	Estado Civil	Escolaridade
C1	União Estável	Médio Completo
C2	Casada	Terceiro Grau Completo
C3	Casada	Médio Completo
C4	União Estável	Médio Completo
C5	Solteira	Fundamental Completo
C6	Casada	Médio Completo
C7	Solteira	Fundamental Incompleto
C8	Casada	Médio Completo
C9	União Estável	Fundamental Incompleto
C10	União Estável	Médio Completo

Fonte: Dados da Pesquisa

A análise dos dados evidencia que duas participantes não completaram o ensino fundamental, uma possui ensino fundamental completo, seis completaram o ensino médio e uma concluiu o ensino superior. Referente ao estado civil, duas informaram que são solteiras, quatro são casadas e quatro possuem união estável.

Estudo tem evidenciado que a baixa escolaridade e vulnerabilidade social e econômica de famílias de recém-nascidos prematuros comprometem a continuidade da atenção e aumentam as chances de desenvolvimento de morbidades e mortalidade na infância (MÉIO et al., 2005).

A análise dos testemunhos permitiu identificar os serviços utilizados pelas cuidadoras para a assistência pré-natal, o motivo apresentado por elas para o parto prematuro e idade das cuidadoras, conforme disposto na Tabela 6.

TABELA 6

Idade das cuidadoras, assistência pré-natal e causa da prematuridade

Cuidadora	Idade	Serviço pré-natal	Causa do parto prematuro
C1	27	APS/SUS	Pré-eclampsia
C2	36	Particular	Ruptura prematura de membrana
C3	23	Conveniado	Pré-eclampsia
C4	35	Policlínica/SUS	Pré-eclampsia
C5	33	APS/SUS	Oligodrâmnio
C6	41	Conveniado	Calcificação placentária
C7	43	APS/SUS	Oligodrâmnio
C8	25	CVV/SUS	Pré-eclampsia
C9	21	Particular	Não identificada
C10	33	Conveniado	Oligodrâmnio

Fonte: Dados da Pesquisa

A idade das cuidadoras/mães participantes da pesquisa variou entre 21 e 43 anos. A análise dos dados evidenciou que 5 cuidadoras realizaram o pré-natal em serviços do Sistema Único de Saúde, sendo três em Unidades Básicas de Saúde e duas em serviços de atenção secundária (policlínica ou CVV). O convênio ou plano de saúde foi utilizado por três cuidadoras para a assistência pré-natal e duas foram atendidas em serviços particulares.

Constata-se que quatro gestantes tiveram como causa do parto prematuro a pré-eclampsia, três cuidadoras afirmaram que a causa do parto prematuro era a pouca ou nenhuma

produção de líquido amniótico (oligodrâmnio). Uma relatou que a calcificação placentária foi a causa da prematuridade e uma afirmou que a causa é desconhecida.

Estudos têm apontado que a causa do parto prematuro é multifatorial, contudo existem evidências que apontam uma maior chance de parto prematuro, quando há durante a gestação pré-eclampsia, alterações no volume de líquido amniótico, alterações placentárias e infecções maternas (RAMOS; CUMAN, 2009; SILVA et al., 2009). Além dessas intercorrências gestacionais, há evidências de que situação socioeconômica desfavorável, antecedentes obstétricos e a assistência pré-natal inadequada são fatores associados a partos prematuros (SILVA et al., 2009; ALMEIDA et al., 2012)

Uma aproximação com o perfil econômico das famílias das cuidadoras e prematuros participantes deste estudo pode ser visualizado na Tabela 7.

TABELA 7  
Renda familiar das cuidadoras

Cuidadora	Trabalho Remunerado*	Integrantes da família	Renda Familiar Mensal (referência salário mínimo)
C1	Não	3	3
C2	Não	3	7
C3	Não	3	2
C4	Não	4	2
C5	Sim	4	3
C6	Não	3	3
C7	Não	5	2
C8	Não	3	2
C9	Não	3	1
C10	Não	4	3

Fonte: Dados da Pesquisa

Nota: \*Referente à cuidadora

A análise dos dados e dos testemunhos permite inferir que, dentre as dez participantes, uma (C5) retornou ao trabalho um ano após o nascimento do seu filho e nove não estavam trabalhando fora de casa, mesmo aquelas que exerciam uma atividade antes do nascimento dos seus filhos que era o caso de sete mulheres. A análise evidencia que, ao assumir os cuidados com seu filho nascido prematuro, a mãe acaba deixando sua atividade remunerada fora de casa.

A análise dos dados evidencia que, com exceção de uma cuidadora (C2), a renda mensal familiar variou entre 1 e 3 salários mínimos. Observou-se que o número de integrantes das famílias variou de 3 a 5 membros. Estudo revela que baixa renda familiar e baixa escolaridade materna possuem associação com suspeitas de atrasos no desenvolvimento de crianças (LAMY FILHO et al., 2011).

A análise dos dados sobre o desenvolvimento e crescimento das crianças aliada às informações da história oral temática permitiu a construção do perfil das crianças nascidas prematuras incluídas nesta pesquisa, conforme Tabelas 8 e 9.

TABELA 8  
Perfil das crianças nascidas prematuras

Prematuro	IGN* (semanas)	Peso ao Nascer (gramas)	Internação Hospitalar (dias)
P1	30	1.300g	33
P2	27	1.280g	60
P3	28	720g	58
P4	30	1.415g	28
P5	30	910g	42
P6	32	1.020g	40
P7	32	1.360g	45
P8	30	1.125g	42
P9	30	1.330g	54
P10	29	885g	60

Fonte: Dados da Pesquisa

Nota: \* IGN - Idade Gestacional de Nascimento

O tempo médio de internação das crianças nascidas prematuras incluídas nesta pesquisa foi de quarenta e seis (46) dias. O peso ao nascer dos prematuros incluídos neste estudo variou entre 720 (setecentos e vinte) e 1.415 (um mil quatrocentos e quinze) gramas.

Estudo realizado com vinte uma mães de recém-nascidos prematuros no norte do país evidenciou uma média de permanência hospitalar de 50 dias para recém-nascidos com peso entre 1.000 e 1.499 gramas (SIQUEIRA; DIAS, 2011). Esses resultados são semelhantes aos encontrados nesta pesquisa. Em estudo realizado no sul do país, há evidências de um período de internação que variou de 30 a 60 dias para RNPT com IGN inferior a trinta semanas (BENGOZI et al., 2010).

A análise dos dados deste estudo permitiu traçar um perfil do crescimento e desenvolvimento dos prematuros incluídos neste estudo. Essa análise foi feita com a intenção de complementar as informações das cuidadoras na construção das narrativas.

TABELA 9  
Perfil do crescimento e desenvolvimento dos prematuros

Prematuro	*IGC	Crescimento	Desenvolvimento
P1	1a 6m 12d	Corresponde ao esperado	Corresponde ao esperado
P2	11m 23d	Corresponde ao esperado	Corresponde ao esperado
P3	1a 3m 28d	Não corresponde ao esperado	Corresponde ao esperado
P4	1a 15d	-	Corresponde ao esperado
P5	1a 2m	-	Corresponde ao esperado
P6	1a 5m 8d	Não corresponde ao esperado	Corresponde ao esperado
P7	1a 25 d	-	Corresponde ao esperado
P8	1a 7m	Corresponde ao esperado	Corresponde ao esperado
P9	1a 6m	-	Não Corresponde ao esperado
P10	1a 7d	Corresponde ao esperado	Corresponde ao esperado

Fonte: Dados da Pesquisa

Nota: \* IGC - Idade Gestacional Corrigida

A análise dos dados sinaliza que um prematuro apresentou alteração em seu desenvolvimento. Existem evidências já apresentadas neste estudo do risco de atrasos no desenvolvimento e surgimento de condições crônicas em prematuros e este risco é, inversamente proporcional à idade gestacional e peso ao nascer. Apesar de se ter identificado apenas uma criança com um desenvolvimento que não corresponde ao esperado, não significa dizer que as demais estão livres de apresentar alterações relativas ao desenvolvimento. Estudos tem alertado para o aparecimento de sequelas relativas à prematuridade no período escolar, momento em que podem ser percebidas alterações de comportamento ou dificuldade de aprendizagem e dificuldades nas áreas de linguagem, o que reforça a importância do seguimento a essa população (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2004; AVERY, 2007; KELLY, 2006).

A análise dos dados sobre o crescimento sinaliza que quatro crianças apresentaram um crescimento que corresponde ao esperado para sua idade gestacional corrigida (IGC), quatro não permitiram inferências, considerando que os registros das cadernetas eram insuficientes, sinalizando para uma descontinuidade do acompanhamento do crescimento e/ou sub-registros e duas apresentaram um crescimento aquém do esperado, pois mantiveram peso abaixo do esperado para a IGC.

É certo reconhecer que existem limitações metodológicas referentes à análise do perfil de crianças incluídas, considerando que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento devem ser atividades contínuas e a longo prazo. A finalidade da análise das informações sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças desta pesquisa complementou as informações das cuidadoras referente à continuidade do cuidado, conforme será apresentado adiante.

A análise sobre os serviços utilizados, no período pós-alta, permitiu visualizar que todas as cuidadoras são usuárias do Sistema Único de Saúde, mesmo que, minimamente, para vacinação da criança. Identificou-se, a partir da análise dos testemunhos, que quatro cuidadoras (C4, C5, C7 e C8) utilizam exclusivamente o SUS no acompanhamento de suas crianças, cinco (C1, C2, C3, C6 e C10) relatam ter plano de saúde e utilizarem este para o acompanhamento, sendo que dentre estas uma cuidadora (C2) também utiliza serviços particulares. Uma cuidadora (C9) realiza a continuidade da atenção, exclusivamente, em serviços privados.

A descrição do perfil das cuidadoras e dos prematuros incluídos nesse estudo permite uma aproximação inicial, sendo que essas informações serão exploradas nas narrativas e subcategorias apresentadas adiante.

### 6.3 AS NARRATIVAS: MULTIPLICIDADES E SINGULARIDADES

As narrativas, construídas a partir dos testemunhos das participantes dessa pesquisa, permitiram uma aproximação com as histórias das cuidadoras, no contexto dos cuidados em saúde e no domicílio no período pós-alta. As narrativas permitiram, ainda, uma descrição das experiências das cuidadoras participantes deste estudo e remetem à dinamicidade imanente à atenção ao prematuro.

#### 6.3.1 No início foi preocupante

Na data da entrevista em história oral temática, P1 estava com um ano e cinco meses. C1 afirma que ela nasceu com 30 semanas, pesando 1.300 gramas e, após o nascimento, permaneceu internada por 33 dias em um hospital de Divinópolis. C1 afirma ter 27 anos, ter finalizado o segundo grau, fez o pré-natal no Posto de Saúde e a gravidez foi planejada. C1 relata que o parto foi prematuro, porque ela teve *pressão alta*. A análise do

testemunho revela que P1, C1 e seu marido residem em uma chácara em um bairro de Divinópolis e a renda familiar é de três salários mínimos.

A análise do testemunho de C1 evidencia que cuidar da sua filha nascida prematuramente (P1) no domicílio, após a alta hospitalar, foi, inicialmente, *preocupante*. Assumir a responsabilidade de cuidar da filha, ação que, anteriormente, era realizada pela equipe de profissionais da unidade neonatal, foi evidente na fala da cuidadora quando esta afirma que: *na hora que ganha alta parece que a gente ganhou ela naquele momento. Antes no hospital era assim, se passava mal, se a gente via alguma coisa a gente falava, em casa a gente tinha que tomar a responsabilidade tudo dela pra gente*. Atitudes de dedicação, responsabilização e atenção foram evidenciadas na análise do testemunho desta colaboradora, assim como a indecisão e o medo. A colaboradora afirma que *é muito cuidado mesmo! Fiquei só por conta dela o tempo inteiro. Eu fiquei meio que obsecada com ela, mas aos pouquinhos parece que a gente vai desenvolvendo igual a ela*. Neste contexto de dedicação evidenciado pela análise do testemunho, C1 afirma que precisou sair do trabalho para cuidar de P1.

Durante o período em que estava em casa, logo após a alta, a cuidadora relata que sua filha apresentou intercorrências como: perda de peso, dificuldades de amamentação e alterações respiratórias (apneia). A cuidadora revela que passar por estas experiências é *muito difícil*, conforme evidenciado em sua afirmativa: *Eu fiquei doida! E ela começou a dar umas apneia também quando ela mamava. Nossa isso foi muito difícil para mim, eu ficava com muito medo*. Apesar de todos estes sentimentos e experiências a cuidadora afirma que foi um período de adaptação em que ela foi desenvolvendo como sua filha.

O atendimento à saúde de P1, após a alta, foi descrito pela cuidadora como um processo *muito bom*, *eu levei na pediatra e ela me deu encaminhamento pra tudo, foi muito rápido*. A análise sinaliza que, após a alta hospitalar, a cuidadora foi encaminhada à unidade de APS/SUS (Centro de Saúde) e, neste local, recebeu do pediatra os encaminhamentos necessários para a continuidade do cuidado no núcleo de estimulação em seu município e para especialidades médicas (oftalmologia e neurologia). Paralelamente a estes encaminhamentos, ficou evidenciado, na análise, que as consultas pediátricas pelo convênio são também utilizadas para o acompanhamento de sua filha.

A dificuldade de acesso à especialidade de neurologia foi relatada pela cuidadora e evidencia que a estratégia que ela desencadeou, para garantir o acesso de sua filha a este atendimento, foi marcar esta especialidade pelo plano de saúde. A colaboradora pondera que fez o plano de saúde para a filha, exatamente, para *essas áreas que são mais difíceis* de acesso no SUS.

A análise do testemunho sinaliza que a cuidadora C1 realiza agenciamentos da atenção à saúde de sua filha. Esses agenciamentos podem ser visualizados nos movimentos desejantes, nas iniciativas e tomadas de decisão da cuidadora, para favorecer a resolutividade da assistência. Mesmo diante de uma rede de atenção, com serviços e profissionais disponíveis, no SUS e plano de saúde, são necessários (re)arranjos, para que as demandas por cuidados tenham um desfecho resolutivo. Um exemplo relatado pela cuidadora, que permite esta inferência, foi o atendimento não resolutivo do serviço de pediatria do plano de saúde e, diante disso, ela mostrou um “protagonismo” ao ter a iniciativa de acessar o atendimento da APS/SUS e, foi neste serviço, que C1 encontrou resolutividade.

A facilidade de acesso a serviços do SUS, exceto especialidades, é visualizada na análise do testemunho de C1 que relata ser *bem acolhida* na APS/SUS e ser *bem fácil* marcar o atendimento pediátrico da filha. A análise do testemunho revela que o acesso a consultas pelo plano nem sempre é possível quando aparece uma demanda. Mesmo identificando que o acesso imediato ao atendimento acontece na APS/SUS, a cuidadora pondera que o pediatra do plano é quem ela considera referência no atendimento de sua filha. A análise permite inferir que é com este profissional, que a cuidadora realiza um cuidado dialógico, constitui vínculo e confiança. A cuidadora afirma que *ele* (pediatra do convênio) *me ajudou muito e qualquer coisinha que ela (P1) tinha ele me explicava tudo o que ela tem e o quê que eu tinha que fazer pra não dar isso mais, me explicava com detalhes. Isso que não tem no Posto, lá a gente fala o quê que tem, ela passa o remédio, nem explica direito o quê que tem.* A partir dessa afirmativa, a análise evidencia que o atendimento pela APS/SUS é descrito como de “fácil acesso”, contudo não é identificado como um encontro no qual há uma efetiva interação.

A análise dos registros (peso, estatura e perímetro cefálico) da Caderneta da Criança revela uma continuidade do acompanhamento do crescimento de P1 e que este corresponde ao esperado para sua idade gestacional corrigida. A análise da observação de P1 e as informações de C1 sinalizam que o desenvolvimento de P1 também corresponde ao esperado considerando sua idade gestacional corrigida.

A história de C1 evidencia um processo de superação do medo inicial. A cuidadora protagoniza a atenção ao seu filho, toma decisões e tem iniciativas que favoreceram uma assistência resolutiva e contínua.

A partir da análise do testemunho de C1, pode-se inferir que o desfecho da atenção à esta criança é potencial para a “produção da vida”, considerando que existem serviços disponíveis, agenciamentos para garantir a assistência, a resolutividade e a presença



de elementos, como o vínculo e o acesso, que contribuem para a continuidade da atenção e autonomia de C1 para lidar com questões relativas à prematuridade.

### **6.3.2 Eu estou presente o tempo todo, tudo que se refere a ele é muito importante**

Na data da entrevista em história oral temática, P2 estava com um ano e um mês. A cuidadora relata que P2 nasceu com 27 semanas de idade gestacional, pesando 1.280 gramas e permaneceu internado, após o nascimento, por 60 dias em um hospital de Divinópolis. A colaboradora afirma ter 36 anos e possuir terceiro grau completo. C2 relata que a gravidez foi planejada e que realizou o pré-natal em serviço particular e que a causa do parto prematuro foi *bolsa rota*. C2 reside com P2 e seu marido em uma casa ampla e planejada em um bairro do município de Divinópolis. A renda familiar é de aproximadamente sete salários mínimos.

A análise do testemunho de C2 evidencia que cuidar em casa de seu filho nascido prematuro, após a alta, foi um desafio que exigiu dedicação e determinação. É relevante mencionar que ao assumir os cuidados com seu filho a colaboradora afirma que optou em deixar seu trabalho fora de casa e menciona que *ficava sozinha com ele. Sozinha mesmo!*

A fé é reconhecida pela colaboradora como um aspecto que fez parte do seu cotidiano como cuidadora e pode ser evidenciada na seguinte afirmativa: *Deus me deu uma força e eu fui bem determinada e graças a Deus ele hoje está grande, forte e tá andando pra tudo que é lado.*

A análise do testemunho indica que houve uma organização do cotidiano, para garantir a efetividade dos cuidados à P2. Para C2, esse processo precisou acontecer para conciliar as demandas do prematuro e as ações que precisavam ser realizadas como banho, mamadeira, verificação de temperatura corporal e as medicações a serem administradas. A cuidadora afirma que *no início foi bem complicado porque tinha as horas certinhas, tinha que dar sulfato ferroso, às vezes eu ficava até sem tempo de horário para poder conciliar, mas também passou e graças a Deus transcorreu tudo bem, deu tudo certo.*

A adaptação à experiência da prematuridade é evidente na análise do testemunho de C2 que afirma ter passado por momentos muito difíceis, entretanto reconhece que *hoje só tenho que agradecer e curtir.*

Há evidências, a partir da análise, que a presença de intercorrências e demandas por cuidados desencadeiam uma iniciativa na cuidadora na tentativa de viabilizar o acesso ao atendimento profissional e dar resolutividade à situação. Isso foi evidenciado, a partir da

análise, quando a criança apresentou episódios de refluxo e, prontamente, a mãe articulou com o serviço pediátrico, que acompanha P2, uma avaliação.

A análise do testemunho revela que uma especificidade da trajetória de C2 foi que ela não acessou a rede de cuidados pós-alta a partir de encaminhamentos, mas realizou avaliações e escolhas. Durante a internação, a colaboradora revela que articulou com um dos pediatras que atendia seu filho na UTI o acompanhamento após a alta. A análise evidencia que escolha deste pediatra levou em consideração o “bom encontro” que foi propiciado durante o período de internação. A análise do testemunho permite inferir que há uma interação entre a cuidadora e o pediatra no acompanhamento de P2, permitindo uma relação de vínculo e confiança. A colaboradora afirma que: *quando ele (pediatra) vai conversar com a gente ele olha no olho, explica tudo com detalhes! Não deixa a desejar. Tudo que eu questionei, porque eu questionava muito, tudo que eu questionei ele me respondeu (...). Mas devido a essa atenção, devido tudo que eu perguntei ele me respondeu e a gente vê no olhar também a preocupação.*

Além do atendimento pediátrico, após a alta hospitalar, a cuidadora relata que P2 foi atendido também por um fisioterapeuta que realizava o acompanhamento de seu filho no domicílio. A análise do testemunho evidencia que este fisioterapeuta atendeu P2 durante o período de internação e quando o pediatra indicou as sessões de fisioterapia, para prevenir possíveis atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, a cuidadora articulou o acompanhamento particular com este profissional já conhecido.

A análise sinaliza que o único serviço do SUS acionado por esta cuidadora para atendimento de seu filho é a APS, local em que realiza a vacinação. Além dos atendimentos privados, pediatria e fisioterapia, C2 menciona utilizar o plano de saúde, para realizar exames quando indicados.

A análise dos registros (peso, estatura e perímetro cefálico) do Cartão da Criança revela uma continuidade do acompanhamento de P2 e que ele está com um crescimento que corresponde ao esperado para sua idade gestacional corrigida. A análise da observação e as informações de C2 sinalizam que P2 está, também, com o desenvolvimento que corresponde ao esperado, considerando sua idade gestacional corrigida.

A análise da história de C2 e P2 permite inferir que a continuidade do cuidado possui a participação efetiva e desejante da cuidadora. A iniciativa e tomada de decisões emergiram da análise do testemunho de C2 e foi possível identificar que a colaboradora “gerencia” a continuidade da atenção de seu filho. A análise aponta que existe uma “produção da vida” caracterizada pela “autonomia no modo da cuidadora levar a vida” e pela efetiva

continuidade da atenção, quando são acionados dispositivos que desencadeiam o acesso, resolutividade e “bons encontros”.

Ficou evidenciado, a partir da análise do testemunho de C2, que existe além da “produção da vida” uma presença na vida do outro, em que a cuidadora afirma que *tudo é importante porque eu acompanho ele o tempo todo. Eu estou presente o tempo todo, então tudo que se refere a ele é muito importante. Cada sorriso, tudo eu fico apaixonada com ele, eu fico encantada a cada minuto.*

### **6.3.3 Ela era muito pequenininha**

Na data da entrevista em história oral temática, P3 estava com um ano e cinco meses. A colaboradora afirma que ela nasceu com 28 semanas de gestação, pesando 720 gramas e permaneceu internada, após o nascimento, por 58 dias em um Hospital de Divinópolis. C3 afirma que a gravidez foi planejada, que realizou o pré-natal pelo plano de saúde e o parto foi prematuro porque teve *pré-eclampsia*. C3 relata ter 23 anos e que possui segundo grau completo e a análise do testemunho revela que a renda familiar é de dois salários mínimos e que C3, atualmente, reside com o marido e a filha em uma casa simples de um bairro de Divinópolis.

O cuidado após a alta para C3 não foi fácil, e ela afirma que exigiu *força de vontade*. As demandas por cuidados específicos como, por exemplo, *passar álcool* nos objetos a serem utilizados é mencionado por esta cuidadora como um processo complicado, mas necessário para evitar *danos maiores*, pois sua filha era muito pequena. C3 afirma em seu testemunho que *criança prematura é muito cuidado, é muita atenção, eles requerem o dobro de atenção de uma criança normal, porque eles são muito pequenininhos e indefesos.*

A análise revela que houve um processo de adaptação às especificidades da prematuridade e que, atualmente, a cuidadora está tranquila nos aspectos referentes à P3. A mãe afirma um processo de superação de sua filha e que todo o esforço foi válido, pois *só dela falar mamãe e sorrir já vale a pena, porque foram dois meses muito sofridos, altos e baixos, um dia tava bem no outro tava ruim e os médicos não davam chance nenhuma pra ela, mas ela foi forte e conseguiu, graças a Deus!*

Após o término da licença maternidade, C3 afirma que voltou a trabalhar, mas, após quatro meses, precisou deixar o emprego, para assumir os cuidados com a filha, pois a pessoa que ajudava nos cuidados com sua filha, enquanto ela trabalhava, não tinha mais disponibilidade para cuidar de P3.

Para C3, logo depois da alta, foi *complicado*, pois precisava levar P3 ao pediatra semanalmente e afirma que *por ela ser prematurinha tinha que ter acompanhamento frequente e vou te falar vida de prematuro é médico direto, impressionante, é muito difícil!*

A vivência de uma intercorrência, crise convulsiva, após a alta hospitalar, foi relatada no testemunho de C3. A cuidadora avalia como uma experiência ruim e menciona que a conduta foi tomada pelo pediatra que encaminhou a criança para uma avaliação neurológica e afirma que o acesso a esta especialidade foi possível, pois possuía plano de saúde.

Ficou evidente na análise do testemunho de C3 que aconteceram movimentos, para garantir a continuidade do cuidado à P3, no momento da alta hospitalar e após esta. Esta evidência pode ser percebida, quando C3, em seu testemunho, afirma que: *na hora que ela teve alta do hospital eles (profissionais do hospital) fizeram uma reunião comigo e com meu marido e falou pra procurar isso, isso e isso.*

A análise sinaliza que o encaminhamento, feito por profissionais da UTI, consistiu em encaminhamentos da criança para a APS/SUS, Núcleo de Estimulação/SUS e especialidades (oftalmologista)/SUS. Além dos encaminhamentos, a análise revela que profissionais da APS realizaram busca ativa da criança, por contato telefônico e orientaram a cuidadora quanto ao acesso a imunobiológicos especiais. Além do acompanhamento pelo SUS, evidencia-se, no testemunho, que P3 foi atendida por consulta pediátrica e neurológica pelo plano de saúde. Para C3, *agora já é mais fácil, porque eu sei aonde é tudo, mas antigamente eles que me ligavam pra me falar.*

A análise aponta que o profissional de referência para C3 é o pediatra do seu plano de saúde que acompanhou sua filha desde o momento do nascimento. Durante o período de internação, até os dias atuais e na percepção da mãe, *ele é um excelente médico, por isso que eu tenho ele como referência porque ele cuidou dela desde que ela saiu da minha barriga.*

Evidencia-se no testemunho de C3 que aconteceram movimentos, para efetivar a continuidade do cuidado que foram confirmados pelos registros da caderneta de P3 para acompanhamento do crescimento.

A análise dos registros da caderneta da criança (peso, estatura e perímetro cefálico) apontam que há uma continuidade do acompanhamento e que P3 apresenta um crescimento abaixo do esperado, considerando sua idade gestacional corrigida. A análise da observação de P3 e informações dadas por C3 sinalizam que, considerando a idade gestacional corrigida, seu desenvolvimento corresponde ao esperado.

A análise do testemunho de C3 sinaliza que ela acessou os serviços que foram indicados para acompanhamento de P3, contudo, a análise não sinaliza um efetivo “protagonismo” de C3 no contexto da atenção à saúde. A colaboradora seguiu as orientações e os encaminhamentos sem, contudo, expressar intencionalidades e iniciativas que sinalizassem agenciamentos na atenção à saúde de P3. Mesmo assim, foi possível identificar na análise do testemunho de C3 que houve um movimento para efetivar a continuidade da atenção evidenciada pelos encaminhamentos e acesso a serviços, constituição de vínculo da cuidadora com um dos profissionais que atendem a criança e pelo comprometimento de C3 ao assumir os cuidados de P3 no domicílio.

#### **6.3.4 No começo foi complicado, mas depois a gente adaptou tudo direitinho**

Na data da entrevista em história oral temática, P4 estava com um ano e um mês. A cuidadora revela que ela nasceu com 30 semanas de idade gestacional e pesando 1.415 gramas e ficou 28 dias internada em um hospital de Divinópolis. C4 afirma ter 35 anos e ter concluído o segundo grau. A análise do testemunho evidencia que a cuidadora é “do lar”, mora em uma casa simples com o companheiro e seu outro filho de 18 anos, que também nasceu prematuro e que a renda familiar é de dois salários mínimos. C4 relata que a gravidez foi planejada, que realizou o pré-natal pelo SUS em um serviço de atenção secundária do município de Divinópolis e o parto foi prematuro, pois teve *pressão alta*.

O cuidado domiciliar pós-alta, a partir da análise, evidencia-se como um processo complicado e conflituoso, pois ao mesmo tempo em que havia uma vontade de levar a filha para casa, C4 revela uma insegurança em assumir os cuidados com a filha. Ao mesmo tempo a análise evidencia que houve um processo de adaptação referido pela cuidadora. C4 afirma que *no começo pra gente foi muito complicado, porque igual eu falava, todo mundo fica doido para os bebês ficarem no hospital em certo ponto, porque a gente vê cuidar. Dai fica assim nossa como que nós vamos levar? Espera ela ficar mais forte um pouquinho! Aí no começo foi complicado, mas depois adaptou tudo direitinho. Não achei dificuldade de tá com ela não. Aí foi bom!*

A análise do testemunho de C4 revela que, logo após a alta, P4 *começou a perder peso e foi para um e oitocentos* e precisou de acompanhamento semanal na unidade de atenção primária em saúde até ela completar dois quilos. Outra vivência, após a alta, relatada por C4 foi uma intercorrência, refluxo, com a qual a mãe revela ter se assustado muito, pois

sua filha *ficou roxinha*, mas afirma que depois não aconteceram outros episódios e o cotidiano do cuidado foi se mostrando mais tranquilo.

No momento da alta hospitalar, a análise sinaliza que aconteceram encaminhamentos de P4 pelos profissionais do hospital para a APS, núcleo de estimulação e especialidades. A cuidadora revela que *foi muito simples, do hospital mesmo você já sai com os papéis todos, sai tudo encaminhado, tudo direitinho, nesse sentido é muito fácil*. Além desse referenciamento, ficou evidente, na análise do testemunho, que houve uma busca ativa de P4 pelo serviço que realizou o pré-natal de C4 e essa busca ativa foi utilizada como um momento de encaminhamento de P4 ao núcleo de estimulação para acompanhamento do seu desenvolvimento. A colaboradora afirma que *como eu fazia o pré-natal lá na policlínica o que que acontece, eles já fazem o acompanhamento, então assim que as pessoas não continuam indo eles ligam pra saber o que que aconteceu e marca retorno*. A análise revela que há uma estrutura e diferentes movimentos dos profissionais dos serviços de saúde na tentativa de proporcionar a continuidade da atenção.

A análise do testemunho indica que os serviços utilizados por C4, para acompanhamento de sua filha, foram aqueles disponibilizados pelo SUS, no seu município, como a APS com atendimento de enfermagem e vacinação, o núcleo de estimulação para acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor e atendimento de especialidade, oftalmologista. Apesar de ter plano de saúde, C4 afirma não ter utilizado este para acompanhamento de sua filha.

Os encaminhamentos e a facilidade de acesso aos serviços são relatados pela cuidadora, contudo a análise dos registros do cartão da criança (peso, estatura e perímetro cefálico) sinaliza um sub-registro dos dados antropométricos ou uma descontinuidade do acompanhamento do crescimento de P4, o que não permite inferências sobre seu crescimento. A análise da observação de P4 e informações dadas por C4 sinalizam que aquela está com desenvolvimento que corresponde ao esperado para sua idade gestacional corrigida.

No contexto de atenção à saúde, ficou evidente, a partir da análise do testemunho, que o profissional de referência para atendimento de P4 é a enfermeira da APS e é nítido que o encontro entre elas é favorável à constituição de vínculo e pode ser considerado um momento dialógico e de estabelecimento de confiança.

A análise sinaliza que as ações e encaminhamentos dos profissionais, os serviços disponíveis e a constituição de vínculo são “movimentos” potenciais para a continuidade da atenção. Contudo, não identificamos um protagonismo desejante e de iniciativas da cuidadora para operar nesse contexto de atenção.

### 6.3.5 Foi tranquilo

Na data da entrevista em história oral temática, P5 estava com um ano e três meses. A cuidadora relata que seu filho nasceu com 30 semanas de idade gestacional, pesando 910 gramas e permaneceu internado em um hospital de Divinópolis durante 42 dias. C5 afirma ter 33 anos, ser solteira, já possuir outra filha e que estudou até a *oitava série*. A análise do testemunho evidencia que a cuidadora, sua mãe, sua primeira filha e P5 residem em uma casa simples e ampla no município de Divinópolis. A colaboradora afirma que é costureira e a renda familiar é de três salários mínimos e que voltou a trabalhar há três meses. C5 revelou que a gravidez não foi planejada, que realizou o pré-natal na unidade de atenção primária em saúde e o parto foi prematuro, porque *produzia pouco líquido amniótico*.

Na percepção de C5, cuidar de seu filho, após a alta hospitalar, não foi difícil, ela afirma que foi “tranquilo”, pois o período em que P5 ficou internado no hospital permitiu um aprendizado, favorecendo que ela assumisse os cuidados do filho em casa. Para a cuidadora: *o tempo que eu fiquei com ele no CTI foi uma escola, aí num teve nada assim de difícil não*.

A análise revela que o atendimento pós-alta foi iniciado pelo encaminhamento de P5 do hospital para a APS, conforme relata a cuidadora: *quando eu saí do hospital sai com as guias todas, guia de vacina que ele tinha que tomar aqui (...) aí levei as guias no posto e eles me encaminharam para o Núcleo*. No Núcleo de Estimulação, a mãe relata que P5 foi atendido para acompanhamento do desenvolvimento e foi encaminhado para especialidades (oftalmologista e fonoaudiologia). Além dos serviços, uma evidência da análise foi a indicação de imunobiológicos especiais e a cuidadora revela que não foi possível o acesso a uma vacina específica para prevenir problemas respiratórios. A cuidadora pondera que o acompanhamento pela equipe do Núcleo de Estimulação é *tranquilo*. A única questão é o local que não é, na percepção da cuidadora adequado, pois há um intenso fluxo de pessoas *doentes*.

A análise do testemunho sinaliza que a cuidadora percebe uma agilidade no acesso a serviços de saúde e afirma que *por ser prematuro ele tem um tratamento mais especial*, o que não é identificado por ela, quando precisa de atendimento para sua outra filha.

A análise do testemunho sinaliza que existe uma descontinuidade no acompanhamento de P5 na APS evidenciada por uma fragilidade na receptividade e na constituição de vínculo. A colaboradora afirma que *eu só não gosto do atendimento do posto (...) eu voltei a trabalhar e minha mãe fica sem querer levar porque minha mãe é deficiente*

*auditiva, de um ouvido só, aí ela fala que eles ficam criticando ela, porque pergunta e não escuta. Aí ela nem quer levar ele ali no posto mais.*

A fragilidade na continuidade da atenção a P5 é evidenciada, também, na análise dos registros do cartão da criança (peso, estatura, perímetro cefálico) que revela uma descontinuidade do acompanhamento do crescimento, o que não permite inferências sobre o seu crescimento. A análise do desenvolvimento de P5, a partir da observação e das informações da cuidadora, sinaliza que ele está com desenvolvimento que corresponde ao esperado para sua idade gestacional corrigida.

Na análise da trajetória de C5 e P5, para atenção à saúde, foi possível perceber movimentos que favorecem a continuidade do cuidado como: a agilidade ao acesso e os encaminhamentos feitos para o atendimento de P5. Contudo, a análise do testemunho permite inferir que C5 não constituiu de fato vínculo com os profissionais que atenderam seu filho e não deu continuidade ao acompanhamento do seu filho pela APS, inferência esta confirmada pela análise dos registros do cartão da criança. Há evidências de que não aconteceram encontros (profissional, cuidadora e avó), no sentido de potencializar a continuidade da atenção.

A análise sinaliza que a descontinuidade decorre por não haver uma receptividade da cuidadora e de sua mãe pelos profissionais da APS. Somado a isso, há uma “passividade” da cuidadora diante da atenção à saúde de P5. Assim a análise permite inferir que há uma descontinuidade do acompanhamento de P5 e um potencial para “produção do adoecimento”.

### **6.3.6 Mas eu ficava insegura**

Na data da entrevista em história oral temática, P6 estava com um ano e cinco meses. A cuidadora afirma que ela nasceu com 32 semanas de idade gestacional, pesando 1.020 gramas e permaneceu internada em um hospital de Divinópolis por 40 dias. A análise das informações acerca da IGN e peso ao nascer sinalizam que P6 além de prematura é pequena para a idade gestacional (PIG). C6 afirma ter 41 anos, ser casada, formada em magistério e que a gravidez foi planejada, sendo que realizou o pré-natal em serviço conveniado e o parto foi prematuro devido a uma *calcificação da placenta*. A análise do testemunho revela que C6 reside em uma casa simples com o marido e a filha no município de Divinópolis e a renda familiar é de três salários mínimos.

A análise do testemunho de C6 revela uma trajetória de inseguranças. Foi evidenciado na análise que, desde a experiência pré-natal, a colaboradora tem vivenciado



práticas e condutas divergentes de cuidado. A cuidadora pondera que *não tive segurança na minha gravidez e não estou tendo segurança agora*. A análise sinaliza, ainda, que a insegurança está relacionada a uma experiência não exitosa de cuidados, mas também com uma característica própria da cuidadora ao afirmar que *eu me acho, me sinto insegura*. É relevante mencionar que a análise do testemunho revelou uma vivência de assistência pré-natal que não possibilitou o encorajamento de C6 para lidar com os riscos que envolvia sua gestação.

No seu testemunho, a cuidadora afirma que sentiu falta de um acompanhamento, um apoio de profissionais, para que ela conseguisse lidar melhor com seus medos e inseguranças ao assumir os cuidados com sua filha nascida prematura.

A análise evidencia que o cuidado em casa após a alta hospitalar na concepção de C6 foi um processo que ela vivenciou sozinha com sentimento de medo, em alguns momentos, reconhecidos como exagerado, de adoecimento de P6. A cuidadora afirma que *tudo foi eu depois que ela saiu do hospital, eu não tive ninguém para me ajudar*. A análise permite inferir que C6 não contou com um apoio social que pudesse auxiliá-la nesse momento de cuidados pós-alta a P6.

Foi identificado, a partir da análise, que C6 realiza um cuidado para atendimento de demandas específicas de sua filha prematura como a alimentação e uma atenção com os “roncos” constantes que a filha apresenta. Sobre o cuidado em casa, C6 revela que: *cuidado até demais, qualquer coisa eu ficava com medo que ela engasgasse, que ela sufocasse*.

A alimentação reduzida, dificuldade de ganho de peso e alteração respiratória de P6 emergiram na análise do testemunho como situações que geram angústia e busca de respostas acerca da situação de saúde da criança. Ao relatar sua história, C6 se emociona ao afirmar que tem feito tudo o que é orientado pelos profissionais e a análise revela que ela possui um sentimento de culpa e angústia, pois afirma não ver a melhora, a “normalidade”, de P6. A cuidadora relata em seu testemunho que *até hoje ela (P6) tem dificuldade de alimentar, ela alimenta muito pouco, até hoje ela ainda é baixo peso. E é o peso e o narizinho dela porque ela ainda ronca um pouquinho e a gente fica em busca de uma ajuda, de saber o que que é realmente*.

A cuidadora revela que decidiu deixar o trabalho fora de casa, pois sentiu necessidade de assumir os cuidados da filha e *buscar o melhor pra ela*. A análise do testemunho evidencia que o medo de deixar P6 em uma creche e ela adoecer ou não se alimentar foram também questões levadas em consideração na escolha de C6 em deixar o trabalho. Recentemente, a cuidadora afirma que reavaliou, a possibilidade de voltar a

trabalhar, pois *sente falta* e pensa em colocar a criança em uma escola, contudo, ainda, revela estar indecisa para esta escolha.

A cuidadora revela que uma situação presente em sua vivência com sua filha são as comparações que as pessoas fazem de P6 com crianças nascidas a termo como pode ser verificado na seguinte afirmativa: *as pessoas ficam comparando ela com criança gerada até nove meses e falam assim: ah mas ela é miudinha demais, quantos meses ela tem? Nossa ela tá magrinha demais! Aí vê que a gente tá sem graça e fala: ah mas depois passa um tempo ela vai desenvolver, você vai ver como vai ser. Mas desenvolver quando? Crescer quando?* A análise deste relato permite inferir que a comparação gera ansiedade na cuidadora e evidencia suas dúvidas.

Sobre a atenção pós-alta, a análise sinaliza que houve encaminhamento de P6 do hospital para APS. Paralelamente ao serviço de APS, C6 revela que utilizou o plano de saúde para atendimento de consultas e exames. A análise do testemunho sinaliza que na APS C6 realizou, durante um período, o acompanhamento de P6 com enfermeira, pediatra e realizava a vacinação e este serviço fez seu encaminhamento para o núcleo de estimulação que acompanharia seu desenvolvimento, entretanto, a mãe revela que demorou a levar P6, pois foi orientada pelo pediatra do plano a aguardar. A divergência de condutas, *um fala uma coisa outro fala outra*, é citada pela cuidadora em muitos momentos da sua história e a análise aponta que isso potencializou sentimentos de culpa e insegurança, conforme explicitado na fala de C6: *igual a questão do estímulo dela, do desenvolvimento dela, se tivesse buscado mais cedo talvez ela não tinha atrasado*.

A análise do testemunho aponta que quando C6 efetivamente levou P6 ao Núcleo de Estimulação foi realizado seu encaminhamento para uma unidade de reabilitação do município considerando o atraso que P6 apresentava, evidenciado pela afirmativa da cuidadora: *ela não gostava de ficar de bruço, então ela tinha o corpo mole, não tava conseguindo sentar e pela idade era pra ela querer engatinhar e arrastar e ela não arrastava*.

Além do Núcleo de Estimulação, C6 relata que levou P6 à um atendimento de fisioterapia em uma Universidade que oferecia este serviço e afirma que já teve alta dos atendimentos. Outros serviços utilizados, mencionados por C6, foram as especialidades médicas (otorrinolaringologia e oftalmologia) disponíveis no SUS e pelo plano de saúde (pediatra, alergista, homeopata e exames).

O acesso a serviços é evidenciado na análise do testemunho, contudo não houve constituição de vínculo e confiança que favorecesse uma atenção resolutiva na percepção da

cuidadora que afirma que *serviços de saúde em questão de assistência tem mas, pra sentar e conversar e assim dar segurança não.*

A análise permite inferir que C6 é protagonista do processo de atenção pós-alta, acionando diferentes serviços, entretanto busca a segurança no profissional médico, o qual na percepção da cuidadora deverá dar respostas “precisas” sobre o que deve ser feito para garantir a “normalidade” de sua filha. A cuidadora afirma que *não tem conhecimento total de uma criança prematura, não te falam assim vai ser assim o crescimento, o desenvolvimento. Até hoje em questão de médico eu ainda não tive aquele que eu sentisse firmeza e pudesse dizer é esse médico aqui que vai me dar firmeza e eu me sinto segura (...) eu quero achar segurança em alguém pra me tranquilizar!*

A análise dos registros (peso, estatura e perímetro cefálico) da Caderneta de P6 evidencia uma continuidade do acompanhamento do seu crescimento e que ela está com um peso abaixo do esperado, considerando sua idade gestacional corrigida. Já a análise do desenvolvimento mostrou-se correspondente ao esperado para a idade gestacional corrigida.

Como uma linha de fuga, a análise revela, que a cuidadora recorre a um homeopata que é o profissional que atualmente vem atendendo sua criança. A partir da análise, identificou-se a enfermeira da APS e o homeopata como profissionais que efetivamente acompanham P6, conforme afirmativa de C6: *hoje até então ela não tá indo em pediatria não, ela vai no homeopata. Aí quando ela adoecer eu levo ela no posto ou conforme for levo ela no pronto atendimento, aí é o pediatra que tá lá. E quem faz a puericultura dela é a enfermeira.* Contudo, a análise não evidencia que há constituição de vínculo com esses profissionais.

A análise do testemunho acerca da vivência da cuidadora de P6 e sua forma de lidar com as situações no cotidiano do cuidado, evidenciam um processo de dificuldade de adaptação às situações da prematuridade e, ao mesmo tempo, revelam sentimentos conflituosos de culpa pessoal pelas escolhas feitas na atenção à criança. A análise sinaliza, também, que C6 transfere aos profissionais a responsabilidade em lhe dar uma “segurança” ou respostas “precisas”. A análise do testemunho indica que o sofrimento de C6 poderia ter sido minimizado na constituição de “bons encontros”, no estabelecimento de vínculo e relação de confiança.

Uma especificidade da trajetória de C6 e P6 que emergiu da análise é a peregrinação em busca de respostas e atendimentos resolutivos e ao, mesmo tempo, desencontros e divergências de condutas que exacerbaram sentimentos de inseguranças e as

incertezas. Isso pode ser percebido quando a cuidadora afirma que: *a gente fica assim, vai em busca de um, vai em busca de outro [...]. Eu estou em busca de um pediatra.*

A análise permite inferir que a constituição de vínculo e confiança é um processo que requer uma abertura dos sujeitos presente no encontro. A potencialidade da relação de confiança, como mediadora do processo de cuidado em saúde, favorece a resolutividade, mesmo que não haja “uma normalidade”, podendo operar em uma “produção da vida”, o que não foi identificado no testemunho de C6.

A análise sinaliza que existe um movimento na tentativa de efetivar a continuidade da atenção, contudo a falta de constituição de vínculo evidencia-se como um “potencial de produção” de adoecimento não apenas de P6, mas também da cuidadora na qual percebe-se sentimentos de ansiedade e sofrimento diante das situações que envolvem a prematuridade. A análise permite inferir que a autonomia no “modo de levar a vida” no contexto de prematuridade não é identificada no testemunho desta cuidadora.

### **6.3.7 É difícil demais!**

Na data da entrevista em história oral temática, P7 estava com um ano e dois meses. A cuidadora revela que P7 nasceu com 32 semanas de gestação pesando 1.360 gramas e que permaneceu internada em um hospital de Divinópolis por 45 dias. A cuidadora afirma que, além de prematura, P7 nasceu com um sopro e o exame de ecocardiograma, mostrado pela cuidadora, evidencia uma cardiopatia (“pequena comunicação interventricular do tipo perimembranosa e pequena comunicação interatrial do tipo ostium secundum” - Fonte: Ecocardiograma do dia 26/06/12). A colaboradora afirma ter 43 anos e ter estudado até a terceira série do primeiro grau. C7 menciona ser solteira e ter sete filhos. A cuidadora revelou que a gravidez não foi planejada, que realizou o pré-natal no Centro de Saúde e que o parto foi prematuro, porque *produzia pouco líquido*. A análise do testemunho revela que C7 mora com quatro filhos, em uma casa simples e P7 é a mais nova e a única prematura. A cuidadora afirma que é cozinheira e que a renda familiar é de dois salários mínimos.

No momento da alta hospitalar, a análise revela que C7 identifica o cuidado à sua filha no domicílio como *difícil demais*. A demanda por cuidados específicos emergiu como uma experiência que antes não havia sido vivenciada pela cuidadora, conforme identificamos em sua fala: *o cuidado que eu tenho com ela é totalmente diferente do cuidado que eu tinha com as outras, não é o mesmo e ela precisa de muitos cuidados.*

A análise revela que é necessário manter a casa e os objetos de P7 higienizados e, na percepção da cuidadora, a filha apresenta adoecimentos respiratórios recorrentes, quando estes cuidados não são realizados. A análise do testemunho sinaliza que uma das dificuldades de C7 em permanecer no trabalho é pelo fato de não confiar a ninguém os cuidados que precisam ser dispensados a P7 e devido às demandas recorrentes por atendimento que sua filha apresenta, conforme evidenciado em sua fala: *qualquer coisinha ela adocece, qualquer coisa tem que sair correndo com ela.*

A análise do testemunho revela que, no momento da alta hospitalar, P7 foi encaminhada para a APS, Núcleo de Estimulação e para especialidades (oftalmologista e cardiologista), conforme identifica-se em sua fala: *quando ela saiu do CTI, ela saiu com os papéis, tudo encaminhado, aí eu saí com ela do hospital e vim pra casa e fui e já marquei tudo.* Entretanto, apesar do referenciamento e do relato da cuidadora sobre a receptividade e acesso a estes serviços, há uma descontinuidade da atenção a P7. Isso é confirmado a partir da fala da cuidadora: *nos acompanhamentos dela não tava dando pra eu levar ela, eu tava trabalhando e os horários não estavam coincidindo. Nem puericultura to fazendo mais, tive que parar de fazer por causa do serviço, e ela tava fazendo acompanhamento no Núcleo de Estimulação, levei ela umas três vezes só, eu parei de levar ela, também não levei porque não tava dando, aí no oftalmologista também, só que o oftalmologista eu remarquei.*

Uma evidência da análise do testemunho de C7 é que o contexto socioeconômico desfavorável e o apoio social estão fragilizados, emergindo um sentimento conflituoso entre assumir os cuidados com a filha e a necessidade de trabalhar. A análise do testemunho indica um atravessamento na vida de C7 por essas questões que não favorecem uma continuidade da atenção e, ainda, não percebemos movimentos nem de profissionais nem da cuidadora para mudar o curso desse processo.

Um (des)encontro, da cuidadora com o cardiologista, é evidenciado na análise o que não favoreceu a resolutividade a partir deste atendimento e gerou na cuidadora o desejo de buscar atendimento com outro profissional pelo plano de saúde, contudo isso não foi efetivado até o dia da segunda visita da pesquisadora à cuidadora. Uma especificidade de P7, relatado pela cuidadora, é a demanda por exame especializado, para avaliação da evolução de sua cardiopatia, que foi um procedimento efetivado em outro município, considerando que o município de residência de C7 não oferecia o exame ecocardiograma. A análise permite inferir que mesmo com os encaminhamentos e tentativas dos serviços de saúde para atender à demanda de P7 não é possível perceber um “protagonismo” da cuidadora para efetivar os

acompanhamentos, nem mesmo, para avaliação cardiológica. A análise sinaliza que a mãe não foi preparada para as repercussões da prematuridade e cardiopatia na vida de sua filha.

A análise revela que a cuidadora preocupa-se e reconhece as diferenças da filha ao compará-la com seus outros filhos e com as crianças que tem a mesma idade de P7. A análise revela que a mãe está atenta ao desenvolvimento da filha e menciona achar ela muito *petitinha*, mas pondera que é assim mesmo, pois os profissionais de saúde reforçam que é normal e que com o tempo “vai melhorar”.

Uma evidência e especificidade da análise do testemunho de C7 é que ela associa o profissional de referência àquele que avalia sua criança e dá resolutividade “medicamentosa” às demandas por cuidados apresentadas por P7.

A análise dos registros (peso, estatura e perímetro cefálico) da caderneta da criança confirmam a descontinuidade do acompanhamento do crescimento de P7. A análise, a partir da observação da P7 e informações dadas pela cuidadora, sinaliza que o desenvolvimento de P7 corresponde ao esperado para sua idade gestacional corrigida.

A análise do testemunho de C7 revela atravessamentos que, ora favorecem uma continuidade da atenção e, ora configuram desencontros ou dificuldades que não potencializam um acompanhamento efetivo. A análise sinaliza que dentre os elementos que favoreceram a continuidade, identificou-se os serviços disponíveis para o atendimento e ações dos profissionais que efetivaram os encaminhamentos para atendimento.

Ficou evidente que a descontinuidade da atenção encontra-se, na situação socioeconômica desfavorável, no apoio social fragilizado, na ausência de vínculo com profissionais uma potencialidade para a “produção do adoecimento”. Ficou evidente, a partir da análise, que a cuidadora reduz a saúde de P7 às “melhoras” após o uso de medicamentos, ou seja, o entendimento de C7 que o atendimento médico e a “resolutividade medicamentosa” diante de uma demanda por cuidado, são suficientes para garantir a saúde de sua filha. Não foi identificado, no testemunho desta cuidadora, seu protagonismo no contexto da continuidade da atenção nem uma autonomia no “modo dela levar a vida” no contexto da prematuridade.

### **6.3.8 Normal... uma menina normal**

Na data da entrevista em história oral temática, P8 estava com um ano e oito meses. C8 afirma que P8 nasceu com 30 semanas de gestação, pesando 1.125 gramas e permaneceu internada em um hospital de Divinópolis por 42 dias. A cuidadora afirma ser casada, ter 25 anos e que completou o segundo grau. A análise do testemunho revela que a

cuidadora é do lar, reside em uma casa simples com o marido e a filha no município de Santo Antônio do Monte e a renda familiar é de dois salários mínimos. A colaboradora afirma que a gravidez foi planejada, que realizou o pré-natal no Centro Viva Vida e o parto foi prematuro porque teve *pressão alta*.

Cuidar de sua filha nascida prematura, na percepção de C8, foi tranquilo. A análise do testemunho identifica que a ressalva que a cuidadora revela é que não conseguiu amamentar, então a filha precisou de fórmula láctea e menciona que o único receio era o tamanho de P8 e afirma que *ela era muito pequenininha*. A análise revela que a cuidadora vivenciou uma adaptação favorável aos cuidados com sua filha e menciona que P8 era *uma menina normal, tem nada de diferente não, normal. Só que ela era muito pequenininha, cabia na palma da minha mão. Eu fiquei mais foi com o tamanho dela, muito pequenininha, depois fui acostumando (...) quando ela chegou em casa foi só alegria, só cuidando dela*. A cuidadora afirmou também que depois da alta P8 *nunca adoeceu assim de ficar em hospital, de ficar internada, tem a saúde boa!*

A análise revela que os serviços acionados para o atendimento de P8 foram a APS (ESF) e o Centro Viva Vida. A cuidadora contou que o nascimento de P8 foi no município de Divinópolis, pois em seu município de residência não existe maternidade de risco. Após a alta hospitalar, a análise sinaliza que houve uma busca ativa pela APS para efetivar o acompanhamento de P8. O CVV é referido pela cuidadora como serviço acionado, quando sua filha precisa de consulta médica, mas que neste local não realiza acompanhamento.

O acompanhamento na percepção da cuidadora pela enfermeira da ESF é para *pesar, medir e ver se tava tudo normal e graças a Deus ela (P8) tava normalzinha*. A análise sinaliza que a cuidadora possui uma ideia de normalidade como eixo principal que orienta a continuidade do cuidado, isto é, sua finalidade.

A análise dos registros (peso, estatura e perímetro cefálico) da caderneta da criança confirma que P8 possui uma continuidade do acompanhamento do seu crescimento e que este corresponde ao esperado para sua idade gestacional corrigida. A análise das observações e as informações de C8 apontam que o desenvolvimento de P8, também, corresponde ao esperado para sua idade gestacional corrigida.

O profissional considerado de referência para a cuidadora é a enfermeira da ESF que acompanha P8 desde que ela teve alta hospitalar e a cuidadora afirma que ela é referência, pois sempre que precisa recorre a ela. Contudo, C8 afirma ainda que a referência para ela quando sua filha adoece é o pediatra do CVV. A análise permite inferir que na percepção da cuidadora a referência não está associada à ideia de constituição de vínculo.

A análise do testemunho de C8 revela a ESF como serviço que, efetivamente, realiza o cuidado pós-alta de P8. A análise sinaliza um efetivo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, realizado pela enfermeira da ESF, contudo não foram mencionados outros profissionais, além do pediatra, disponíveis no CVV que contribuíram com esse acompanhamento.

A análise evidenciou uma postura “passiva” da cuidadora diante da atenção à saúde prestada a sua filha após a alta hospitalar. A análise sinaliza para uma continuidade da atenção à P8 e o envolvimento de C8 com o cuidado domiciliar a sua filha.

### **6.3.9 Eu não queria sair do hospital de tanto trauma**

Na data da entrevista em história oral, P9 estava com um ano e oito meses. C9 afirma que ele nasceu com 30 semanas de gestação, pesando 1.330 gramas e permaneceu internado por 54 dias em um hospital de Divinópolis. A cuidadora afirma ter 21 anos, ter ensino fundamental incompleto, que a renda familiar é de um salário mínimo e que, atualmente, reside na casa de sua mãe com P9 no município de Itapeçerica. C9 menciona que possui uma união estável e que a gravidez não foi planejada, que realizou o pré-natal em serviço particular e a causa do parto prematuro é desconhecida.

A análise do testemunho de C9 revela uma história pré-natal com intercorrências, sangramentos, para os quais não foram identificados as causas. A cuidadora revela que o início das consultas pré-natais, em serviço particular, foi a partir do quarto mês, pois C9 apresentava sangramentos e, por isso, não achava que estava grávida. C9 relata uma história de aborto pouco antes da gestação de P9. O nascimento de P9 foi no município de Divinópolis, pois seu município de residência não contava com maternidade de risco.

Cuidar de seu filho, após a alta hospitalar, na percepção da cuidadora, foi *ruim, para começar eu nem queria sair do hospital de tanto trauma*. A análise revela sentimentos de medo expressos por uma experiência de internação de P9, na qual este teve crises convulsivas. C9 relata que: *P9 teve um sangramento na cabecinha também, acho que por causa dos remédios que ele tomou*. A análise do testemunho de C9 evidencia, também, uma reinternação de P9 logo após a alta.

A cuidadora afirma que seu filho, após a alta, *mamava e vomitava tudo (...) eu quase morria*. Contudo, a análise do testemunho sinaliza que, gradativamente, o cuidado a P9 foi ficando tranquilo. É pertinente mencionar que C9 não trabalha e conta com a ajuda de sua mãe e uma cunhada para cuidar de P9.



A análise revela que, após a alta hospitalar, P9 foi encaminhado para acompanhamento. Contudo, a cuidadora pondera que em seu município *não tem nada* e, por isso, os serviços particulares de acompanhamento de P9 são realizados no município de Divinópolis. Dentre os serviços particulares que acompanham P9, a cuidadora relata: neurologista, pediatra, fisioterapeuta, oftalmologista, fonoaudióloga. A cuidadora afirma que, após a alta seu filho, foi encaminhado para exames de triagem auditiva e eletroencefalograma. A análise do testemunho revela que o único serviço do SUS utilizado pela cuidadora é a vacinação na ESF. Ficou evidente a partir da análise que, mesmo com uma renda familiar de um salário mínimo, a atenção a saúde pós-alta a P9 é feita em serviços particulares, exceto a vacinação.

A cuidadora relata que um dos profissionais de referência para ela é a neurologista. A análise evidencia uma interação, um “bom encontro”, entre a cuidadora e esta profissional, no qual as ansiedades e medos da cuidadora são acolhidos. Outro profissional de referência é a fisioterapeuta que acompanha P9, pois, na percepção da cuidadora, ela possui atitudes motivadoras evidenciada na afirmativa de C9: *ela coloca a gente só pra cima!*

A análise do testemunho de C9 revela que existem movimentos na tentativa de garantir a continuidade do cuidado após a alta caracterizando um protagonismo da cuidadora para acessar os serviços e recursos necessários ao atendimento de P9. É relevante mencionar que uma especificidade que emergiu da análise do testemunho de C9 é que seu filho apresenta um “atraso” no desenvolvimento o que desencadeia na cuidadora um sentimento de *medo dele não fazer as coisas*. Ao mesmo tempo, a cuidadora pondera que *tudo passa, com o passar do tempo a gente vê que ele tá indo direitinho, tudo ao tempo dele*.

A análise dos registros (peso, estatura e perímetro cefálico) do cartão da criança sinaliza um sub-registro e/ou uma descontinuidade do acompanhamento do crescimento de P9, o que não permite inferências sobre este. A análise sinaliza que P9 não realiza nenhum dos marcos esperados para sua idade gestacional corrigida, nem os marcos do período anterior, o que revela que seu desenvolvimento não corresponde ao esperado para sua idade gestacional corrigida.

A análise do testemunho de C9 sinaliza uma experiência de cuidado à criança nascida prematura que apresenta uma condição crônica relacionada ao atraso no desenvolvimento. A análise permite inferir que é uma experiência que desencadeia sentimentos de ansiedade e medo e que demanda frequentes avaliações de diferentes profissionais. O município de C9, a partir da análise do testemunho, não oferta a maioria dos serviços que

foram acionados para o acompanhamento de P9, o que desencadeou um rearranjo pela cuidadora para efetivar o acesso e a continuidade da atenção.

### **6.3.10 Se não fosse Deus ela não teria nascido perfeita!**

Na data da entrevista em história oral, P10 estava com um ano e dois meses. C10 afirma que sua filha nasceu com 29 semanas de idade gestacional, pesando 885 gramas e permaneceu internada, após o nascimento, por 60 dias em uma Maternidade de Belo Horizonte. A cuidadora afirma ter 33 anos e que concluiu o ensino médio. A análise do testemunho evidencia que C9 reside com o marido e duas filhas em uma casa simples no município de Divinópolis e que a renda familiar é de três salários mínimos. A cuidadora afirma que a gravidez foi planejada, que realizou o pré-natal pelo plano de saúde e que o parto foi prematuro, porque *não produzia o líquido*, depois descobriu que era *insuficiência placentária*. A cuidadora relata que trabalhava em uma fábrica de tecidos, antes de P10 nascer, entretanto não retornou ao trabalho, após o final de sua licença maternidade, para cuidar da filha.

A análise do testemunho de C10 evidencia uma trajetória pré-natal que foi, intensamente e detalhadamente, apresentada pela cuidadora. A cuidadora relata que tudo começou quando aos quatro meses de gestação ao fazer uma ultrassonografia foi detectado que ela *não possuía líquido amniótico*. Desde então, C10 afirma que foi uma *maratona* com internação, intercorrências e exames. A cuidadora relata que durante a internação, em hospital conveniado ao seu plano de saúde, em seu município de residência, o ginecologista que fazia seu acompanhamento afirmava que a gravidez não iria prosseguir e que *a única certeza que eu (ginecologista) te dou é que, se ela sobreviver, ela vai nascer deformada, vai precisar de cirurgia, de botinha, de fisioterapia. Normal ela não vai nascer!* A análise revela que essa notícia gerou angústia e ansiedade na família, mas ao mesmo tempo, evidenciou-se uma esperança da cuidadora que afirmava: *vou por nas mãos de Deus e vamos ver, ela vai nascer, independente do que ela vir vai ser.*

Além das notícias e vivência descritas, durante o período de internação de dois meses, até o nascimento de sua filha, a cuidadora revela que sentia muitas dores, tinha sangramentos e ainda apresentou uma dor abdominal, cálculo renal, que foi, inicialmente, confundido com trabalho de parto prematuro. Ao descrever a experiência desse período, a cuidadora afirma que: *eu chorava e falava: essa gravidez tá me matando, eu vou morrer eu não vou conseguir!* A análise evidencia que a experiência conturbada da gestação propiciou

momentos de dor e sofrimento para a cuidadora e sua família, entretanto ela se refere, em vários momentos do relato de sua história, a uma esperança vinculada à sua fé em Deus.

A cuidadora revela em seu testemunho que, quando completou vinte e oito semanas de gestação, o ginecologista que realizava seu acompanhamento afirmou que já estava no momento de sua filha nascer, pois não era mais viável aguardar então foi feito o encaminhamento da cuidadora a uma maternidade de Belo Horizonte. No momento desta, notícia C10 relata duas atitudes: uma de prontidão afirmando que *não tá tudo bem, estou preparada* e uma de articulação com uma tia residente em Belo Horizonte, solicitando que a recebesse.

Ao chegar na maternidade que dispunha de UTI Neonatal, a cuidadora relata que precisou ser transferida para outra maternidade com UTI Neonatal e de adulto pois ela apresentou uma complicação cardíaca. A cuidadora relata em seu testemunho que permaneceu sob cuidados intensivos no pós-parto. C10 menciona que, durante esse período, foi submetida a novos exames e a ginecologista que realizou seu acompanhamento em Belo Horizonte detectou um diabetes gestacional e afirmou à cuidadora que ele era, provavelmente, a causa da *insuficiência placentária*.

A colaboradora afirma que com vinte e nove semanas de gestação nasceu sua filha, pesando 885 gramas, e a cuidadora fica emocionada ao mencionar que *eu fiquei no CTI, ele (companheiro) foi lá ver ela primeiro aí ele chegou chorando e falou: ela é perfeita! Ela é linda e perfeita. Nasceu perfeita!*

Após o nascimento, a cuidadora relata que P10 permaneceu internada por dois meses. Durante esse período, a análise do testemunho evidencia que a cuidadora estabeleceu uma relação de vínculo com a equipe da UTI e menciona que o período que ela permaneceu nesta unidade foi um aprendizado para ela cuidar de sua filha após a alta e afirma que *eu dou muito valor quando eu tive no CTI, me ajudou muito foram as enfermeiras de lá que me ensinaram muita coisa que eu não sabia. Então hoje eu conheço a minha filha no olho*.

As dificuldades mencionadas pela cuidadora nessa trajetória é evidenciada quando afirma que foi difícil permanecer longe de sua primeira filha e ter que permanecer fora de casa.

A colaboradora afirma que a alta hospitalar não foi diretamente para a casa, pois sua filha precisou permanecer uma semana internada no hospital que havia feito seu acompanhamento na gestação, mas agora apenas para observação de P10. Essa contrarreferência é descrita pela cuidadora como um processo que contou com acesso imediato, resolutividade e uma receptividade da equipe, quando ela chegou a este serviço.

Para a cuidadora, a alta hospitalar foi um momento de conquista e que ela saiu do emprego, para assumir os cuidados com sua filha. Uma semana após a alta, C10 relata que houve uma reinternação de P10 devido a uma bronqueolite. Após esta intercorrência, a mãe afirma que não aconteceram outros imprevistos e a assistência a saúde é apenas para acompanhamento.

Ao falar sobre o cuidado pós-alta, a cuidadora revela que *hoje eu sou cem por cento P10, a casa inteira é*. A dedicação, a organização da rotina para atender às demandas da filha por alimentação, por exemplo, foram relatos da cuidadora em seu testemunho, como pode ser verificado em sua fala: *e é tudo assim cronometrado, tem que dar suco, agora é uma fruta e assim cem por cento a família inteira é P10*.

A análise evidencia, ainda, que a cuidadora conta também com um apoio social composto pela irmã, mãe de C10 e uma rede social composta por serviços de saúde e um grupo de oração da igreja no qual participa como evidenciado em sua fala: *eu já fui na igreja, dei meu testemunho, sou católica mesmo e falo que é uma benção! Todo mundo fez grupo de oração aqui pra ela. Mobilizou o bairro inteiro quando eu engravidei*.

Os serviços utilizados pela cuidadora para atendimento pós-alta de P10, evidenciados na análise, são as consultas com pediatra e exames pelo plano de saúde e a vacinação na APS/SUS. Além desses serviços, C10 afirma que solicitou ao pediatra uma interconsulta de sua filha com o neurologista e afirma que, na avaliação deste profissional, sua filha está *perfeita*. Para acessar estes serviços, a análise evidencia que foi um processo facilitado, pois para marcar as consultas e fazer o exame bastava a carteirinha do convênio. No caso da vacinação, a cuidadora menciona que os profissionais da APS ligaram para sua residência fazendo uma busca ativa de P10.

A análise da trajetória de acesso a serviços e os encontros vivenciados pela cuidadora, apesar de toda sua história de sofrimento e dor, sinalizam para um efetivo acompanhamento de P10. A análise dos dados permite inferir que P10 vem apresentando um crescimento e desenvolvimento que corresponde ao esperado para sua idade gestacional corrigida. Contudo, a cuidadora pondera que fica comparando sua filha com crianças da mesma idade e afirma que isso pra ela *é muito difícil!*

A análise evidencia que o profissional de referência para C10 é o pediatra que recebeu P10, quando ela foi contrarreferenciada da maternidade de Belo Horizonte. A cuidadora afirma que, além de ser um profissional que acompanhou P10 durante o tempo que ela precisou de permanecer em observação, ela sente segurança no seu atendimento. A análise

revela que houve a constituição de vínculo e confiança com este profissional, o que contribuiu para a continuidade da atenção de P10 após a alta.

A análise do testemunho de C10 sinaliza momentos de sofrimento, dor, superação, esperança, fé e felicidade. Identificou-se que há um “protagonismo” da cuidadora para efetivar a atenção à sua filha. A análise evidencia, ainda, que o acesso “facilitado” aos serviços que foram necessários foi uma realidade nesta história. A constituição de vínculo e os “bons encontros”, presente em diferentes cenários de cuidado, emergiu da análise dos dados.

A análise evidencia uma efetiva continuidade do cuidado de P10, o que sinaliza para uma “produção da vida”, isto é, uma autonomia da cuidadora “no seu modo de levar a vida” no contexto da prematuridade.

A análise permite inferir que os agenciamentos ou dispositivos revelados nesta história podem ser traduzidos pela fé da cuidadora, sua intencionalidade em assumir e “protagonizar” a atenção pós-alta a sua filha, movimentos que garantiram o acesso aos serviços e o apoio social com o qual a cuidadora contou.

## 6.4 PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO E OS AGENCIAMENTOS NO CONTEXTO DE PREMATURIDADE

### 6.4.1 O dever cuidadora de prematuro no domicílio

A análise dos testemunhos, descrita nas narrativas, permite revelar que o cuidado domiciliar ao prematuro egresso de UTIN é permeado por sentimentos contraditórios em que as cuidadoras (C1, C4, C6, C9) afirmam desejar estar em casa com seus filhos e, ao mesmo tempo, relatam uma insegurança, um medo de assumir o cuidado com o prematuro que vivenciou um processo de internação prolongado e demandou cuidados específicos.

Estudos nacionais e internacionais e os achados da presente pesquisa evidenciam que o momento da alta do RNPT da UTIN é uma mistura de sentimentos, uma vez que as mães comemoram o momento de levar a criança para casa, contudo, expressam insegurança e ansiedade, pois reconhecem que as demandas por cuidados deverão ser atendidas por elas e que não contarão mais com a presença da equipe de profissionais da unidade neonatal (BENGOZI et al., 2010; COUTO; PRAÇA, 2012; RABELO et al., 2007; SOUZA et al., 2010; TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005; WUST; VIEIRA, 2011; MENTRO, 2003).

A experiência de pais de RNPT ao acolher o filho no domicílio, um momento tão esperado, aumenta as expectativas da família e indica o início de uma trajetória de cuidados,

mas não se pode negar que, mesmo assim, há um sentimento de felicidade associado à oportunidade de estar em casa com o prematuro (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005).

Pesquisa desenvolvida com o objetivo de identificar os instrumentos mediadores das famílias para assumir o cuidado domiciliar, revela que, enquanto a criança encontra-se na terapia intensiva, ela é assistida por uma equipe que dispõe de um aparato tecnológico, farmacológico e de um corpo de saber que a família reconhece como suficiente para atender a demanda por cuidados do prematuro. Contudo, com a recuperação e alta da criança para o domicílio, há uma série de recomendações para cuidados específicos que se somam aos cuidados típicos pertencentes a qualquer recém-nascido. Com isso, as pesquisadoras afirmam que para o profissional de saúde fica o desafio de mediar saberes e práticas na tentativa de dar conta das demandas especiais de cuidado com as quais a família pode vir a defrontar-se no cuidado domiciliar com o RNPT egresso de UTIN (MORAES; CABRAL, 2004).

Para Lamy et al. (2005), a alta de prematuros da UTIN para o domicílio demanda da família cuidados especiais, inerentes aos recém-nascidos de risco e, frequentemente, as mães tornam-se responsáveis pela atenção domiciliar dessas crianças, sem que estejam devidamente preparadas.

As evidências publicadas em pesquisas e a análise dos testemunhos deste estudo sinalizam que o processo complexo de transição do prematuro do hospital para o domicílio deverá contar com ações profissionais, capazes de minimizar os sentimentos de medo e insegurança das cuidadoras. Percebe-se que estas ações devem ser iniciadas antes da alta, favorecendo a participação da família na atenção ao RNPT, e durante os primeiros momentos após a alta, de maneira a contribuir com uma adaptação da família aos cuidados com o prematuro no domicílio, conforme já evidenciado em pesquisas (GARDNER; DEATRICK, 2006; PRIDHAM et al., 2006; COUTO; PRAÇA, 2012).

O período de internação na UTI, como momento de participação e aprendizado na atenção ao prematuro, foi mencionado por duas cuidadoras (C5, C10). A análise dos testemunhos destas participantes revela que a experiência de permanecer próximo ao filho durante o período de internação permite uma adaptação mais tranquila ao cuidado domiciliar pós-alta.

A literatura enfatiza a importância do preparo das mães para a alta hospitalar durante a hospitalização do prematuro. Ações na UTIN voltadas para o preparo da família no manejo com o prematuro reduz a ansiedade, aumenta a autoconfiança materna no cuidado domiciliar e facilita a adaptação da família à criança (COUTO; PRAÇA, 2012; GARDNER; DEATRICK, 2006; MORAIS; QUIRINO; CAMARGO, 2012; PRIDHAM et al., 2006;

SOUZA et al., 2010; WUST; VIEIRA, 2011). No Brasil, estudo evidencia que as iniciativas para efetivar a inclusão dos pais no processo de cuidar do prematuro na UTIN, ainda, são incipientes e as autoras afirmam a importância de se pensar a alta para o domicílio quando o prematuro está internado, possibilitando um cuidado pós-alta mais seguro (COUTO; PRAÇA, 2009; COUTO; PRAÇA, 2012 ).

A análise dos testemunhos revelou, também, que, além da vivência “conflituosa” de sentimentos na transição do RNPT do hospital para o domicílio, há uma reorganização do cotidiano das cuidadoras (C1, C2, C3, C6, C7, C9, C10) para atendimento das demandas do prematuro. Essa reorganização está relacionada aos cuidados comuns aos recém-nascidos e, ainda, ao atendimento das especificidades da prematuridade. A análise sinaliza que as cuidadoras reconhecem que o prematuro exige uma atenção diferenciada para prevenir adoecimentos.

Há evidências de que a reorganização do cotidiano do cuidado domiciliar ao egresso da UTIN é uma vivência na qual a família se defronta com inúmeros desafios, devido à condição de fragilidade e às diferentes e complexas demandas de cuidados que o prematuro requer (WUST; VIEIRA, 2011; MENTRO, 2003; CABRAL; MORAES; SANTOS, 2003).

No cuidado com o filho prematuro no domicílio, há mudanças no cotidiano familiar e na própria vida social, evidenciando a necessidade de apoio aos pais na transição da vida hospitalar para domiciliar em situação de prematuridade (SOUZA et al., 2010). Estudos alertam que a mudança da rotina familiar vem como enfrentamento à situação estressante, pois a família passa por um momento de adaptação às situações decorrentes da prematuridade (LUNDQVIST; WESTAS; HALLSTROM, 2007; MORAIS; QUIRINO; CAMARGO, 2012).

Mesmo expressando inseguranças, dificuldades e mudanças, no cotidiano da vida, as cuidadoras (C1, C2, C3, C6, C7, C8, C9, C10) afirmam uma dedicação e assumem a responsabilidade com o cuidado de seus filhos egressos de UTIN. Determinação para assumir os cuidados ao prematuro e atenção às necessidades dos filhos foram evidências da análise dos testemunhos destas cuidadoras.

Estudos sinalizam que a dedicação dos pais no cuidado do prematuro está presente no cotidiano do domicílio (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005). Há, também, evidência de sobrecarga das mães/cuidadoras ao assumir as demandas e cuidados dos seus filhos egressos de UTIN (COSTA et al, 2009).

A equipe de saúde, que realiza o seguimento da criança, precisa conhecer a família e suas necessidades para auxiliá-la no relacionamento com o RNPT no domicílio,

minimizando o desgaste sofrido pelas modificações da rotina familiar. Para auxiliar a mãe/família e sanar as dúvidas quanto ao cuidado com o RNPT devem ser realizadas, pelos profissionais de saúde, visitas domiciliares principalmente, no primeiro mês após a alta hospitalar (COUTO; PRAÇA, 2012; WUST; VIEIRA, 2011;).

Percebe-se, a partir da análise do testemunho de duas cuidadoras (C2, C10), que a fé é um dispositivo que favorece o enfrentamento de situações relacionadas à prematuridade. Apesar de todos os desafios presentes na trajetória dessas mulheres, a fé permitiu com que elas tivessem um sentimento de esperança, apoio e conforto na vivência das situações que envolvem a prematuridade.

Estudo evidencia que na vivência do cuidado de um prematuro a “fé em Deus” foi mencionada pelas mulheres, em momentos de maior tensão (SIQUEIRA; DIAS, 2011). Pesquisas com famílias de prematuros, no período pós-alta, afirmam que a “fé em Deus” fortalece a família para o enfrentamento de situação decorrentes da prematuridade (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005; WUST; VIEIRA, 2011). Estes estudos e a análise dos testemunhos (C2, C10) permitem inferir que a fé pode ser considerada um dispositivo utilizado pelas cuidadoras, para conseguir lidar com os desafios cotidianos da prematuridade.

A análise dos testemunhos revelou que oito cuidadoras (C1, C2, C3, C4, C6, C7, C9, C10) vivenciaram intercorrências com seus filhos prematuros no domicílio tais como: alterações e/ou infecções respiratórias (C1, C6, C7, C10) , refluxo gastroesofágico (C2, C9), crise convulsiva (C3) , dificuldade de alimentação e perda de peso (C1, C4, C6). É relevante mencionar que a reinternação hospitalar do prematuro, associada com as intercorrências, foram relatadas por três cuidadoras (C7, C9, C10) que participaram deste estudo. Demandas frequentes por atendimentos de serviços de saúde, após a alta, foram relatadas por três participantes (C3, C7, C9).

Pesquisa revela, em seus resultados, que dentre os momentos marcantes para os pais, durante o período de cuidado pós-alta no domicílio, as intercorrências, relativas ao estado de saúde da criança, são descritas como vivências negativas (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005).

Pesquisa que analisou as características de sessenta RNPT de muito baixo peso (MBP) revelou que o refluxo gastroesofágico é a morbidade mais presente após a alta e acomete 61,1% destes. A reinternação hospitalar, no primeiro ano de vida, ocorreu para um número significativo de crianças, sobretudo por broncopneumonia (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2007).



As evidências da presente pesquisa e os resultados de estudos já publicados confirmam que o prematuro possui uma vulnerabilidade a morbidades, demandando atendimentos frequentes de serviços de saúde e reinternações após a alta hospitalar (CARBONERO; ALONSO 2009; CARDOSO; FALCÃO, 2004; RUGOLO, 2005). Essa situação deverá ser considerada pelo profissional que realizará o seguimento do egresso da UTIN e suas ações não deverão se restringir à garantia de acesso ao cuidado ou apenas reverter e prevenir o adoecimento do prematuro, mas, também, realizar uma aproximação com a família e identificar como ela está vivenciando os cuidados com o prematuro no domicílio. Nessa perspectiva, o suporte dos profissionais poderá favorecer com que sentimentos de insegurança, frente ao adoecimento do filho, sejam minimizados.

A escolha em deixar o trabalho para assumir os cuidados com o filho prematuro, após a alta, foi relatado por sete cuidadoras (C1, C2, C3, C5, C6, C7, C10). Para tanto, a análise sinaliza que a demanda por cuidados apresentada pelo prematuro é um dos argumentos apresentado por elas. Algumas colaboradoras afirmam, também, que não conseguem delegar, confiar a outra pessoa os cuidados com seu filho, que possui demandas específicas de cuidado.

Considerando esta evidência da análise, entende-se como oportuno pensar sobre a licença maternidade, descrita no Art. 392 da Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT, que em conformidade com a lei Federal de 10.421 de 15 de abril de 2002, determina que, em caso de parto antecipado, a mulher terá direito a 120 (cento e vinte) dias de licença (BRASIL, 2002). Identificamos que a legislação não considera as especificidades dos casos de gestantes trabalhadoras que tiveram filhos prematuros, dando a estas o mesmo período de licença que é dado às mães que cursaram uma gestação com parto a termo.

A discussão acerca da concessão legal da licença torna-se relevante ao considerarmos que, após o nascimento, o período de internação do prematuro de muito baixo peso poderá variar em torno de quarenta e cinco a sessenta dias, ou seja, ao retornar para casa e assumir os cuidados com seu filho, que vivenciou um agravo e demanda cuidados específicos, a cuidadora empregada terá que retornar ao trabalho em aproximadamente sessenta dias. É pertinente mencionar, conforme apresentado nas narrativas e na análise, que a experiência de assumir os cuidados no domicílio com o prematuro é um processo complexo, tanto no que se refere às especificidades e vulnerabilidades do RNPT egresso de UTIN, como aos aspectos psicossociais maternos.

A análise sinaliza que é oportuna uma discussão e revisão acerca da legislação que dispõe sobre a licença maternidade, considerando as especificidades vivenciadas pelas

cuidadoras de prematuros e o número significativo, nesta pesquisa, de evasão materna do trabalho para assumir os cuidados com seus filhos. Trata-se de considerar as especificidades inerentes à prematuridade e suas repercussões e, assim, pensar estratégias que favoreçam à cuidadora a possibilidade de cuidar tranquilamente de seu filho em casa, para que, posteriormente, sinta-se segura, para retomar suas atividades de trabalho fora de casa.

A análise dos testemunhos sinaliza que, com exceção de uma das participantes que informou uma renda familiar próxima de sete salários mínimos, seis cuidadoras que deixaram o trabalho vivem com uma renda familiar que varia entre 2 a 3 salários mínimos. Há que se considerar que a renda familiar poderia ser favorecida caso as cuidadoras tivessem mantido suas atividades empregatícias.

Os desafios e as dificuldades que atravessam o cotidiano do cuidado domiciliar ao prematuro são avaliados pelas cuidadoras como um processo válido, apesar de tudo o que elas experienciaram. A análise dos testemunhos revelou que oito cuidadoras (C1, C2, C3, C4, C5, C8, C9, C10) passaram por um processo de adaptação e elas afirmaram que, com o tempo, o cuidado com o prematuro no domicílio foi se revelando mais tranquilo.

A reorganização da trajetória de vida e a adaptação à condição de prematuridade foram mencionadas em estudos com famílias de RNPT após a alta hospitalar (SIQUEIRA; DIAS, 2011; TRONCHIN; TSUNECHIRO 2005, WUST; VIEIRA, 2011). Contudo, há que se considerar que para facilitar a adaptação e aceitação da situação de prematuridade os pais precisam de apoio tanto de sua família como da equipe de saúde dos diversos serviços que fazem parte do seu cotidiano (COUTO; PRAÇA, 2012; MORAIS; QUIRINO; CAMARGO, 2012; WUST; VIEIRA, 2011).

Após superar a convivência com os dias difíceis de cuidado com o prematuro no domicílio, a família adquire nova forma de interagir com a situação da prematuridade e ela passa a ter esperanças. Quando há um processo de adaptação à situação de prematuridade, há um sentimento de recompensa, apesar de toda a sobrecarga e preocupação que a vivência de um cuidar de RNPT acarretou (COSTA et al., 2009).

As evidências científicas aliadas à análise dos testemunhos revelam que é possível um processo de adaptação das famílias às situações decorrentes da prematuridade, apesar de todos os desafios. Contudo, identifica-se que o acesso a uma rede de serviços e apoio social tornará esse processo seguro e tranquilo.

No processo de adaptação das cuidadoras à prematuridade deve-se considerar conforme pondera Ayres (2007) que se está sempre em movimento, em transformação, em devir e é a partir de cada nova experiência vivida, no caso destas cuidadoras a situação de

prematuridade e, em contato com o desconhecido, que buscamos reconstruir o sentido de nossas experiências (AYRES, 2007). A análise dos testemunhos permite inferir que as cuidadoras (C1,C2,C3,C4,C5,C8,C9,C10) resignificam o sofrimento, decorrente de experiências negativas vivenciadas no contexto da prematuridade, reconhecendo que o processo foi válido, pois afirmam identificar no cotidiano da vida o crescimento e superação de seus filhos.

Percebeu-se, a partir da análise do testemunho de duas cuidadoras (C6, C7), que estas não se adaptaram às questões relativas à prematuridade. A insegurança, sentimentos de culpa, sofrimento e dificuldades de lidar com as demandas e cuidados de seus filhos, mesmo após um período superior a doze meses de alta hospitalar, está presente no cotidiano destas cuidadoras.

Estudos com mães de prematuros demonstram que a dificuldade destas em adaptar-se às situações decorrentes da prematuridade e o desconhecimento do papel materno nos cuidados com o filho somados à ausência ou inadequação de acompanhamento por profissionais de saúde pode favorecer quadros depressivos nas cuidadoras (ALFAYA; SHERMANN, 2001; SHERMANN, 2001).

Com a análise dos testemunhos das cuidadoras (C6, C7) é possível reconhecer que ações profissionais direcionadas ao suporte materno para lidar com as dificuldades diante do cuidado pós-alta ao prematuro poderá contribuir para uma adaptação. Contudo, identificou-se que essas cuidadoras não receberam atendimentos de profissionais para o enfrentamento dessas dificuldades.

A análise dos testemunhos revela que no período de cuidados pós-alta são necessárias ações na tentativa de favorecer a adaptação das famílias aos cuidados com o prematuro. Pesquisas revelam que o cuidar do prematuro em casa deverá ter como suporte a rede social, ou seja, os diferentes serviços acionados para a atenção ao prematuro, nos quais a equipe de saúde está inserida, e o apoio social, compreendido pelos familiares e amigos. Mediante apoio e rede social eficazes, a mãe e família poderão vivenciar o cuidado pós-alta com segurança e tranquilidade (VIEIRA et al., 2010; WUST; VIEIRA, 2011).

Pesquisa evidencia que o apoio social é um elemento forte no auxílio à família na resolução das dificuldades emanadas do cuidado com o prematuro após a alta hospitalar, assim como o vínculo com os profissionais que possibilita um apoio importante no enfrentamento das dificuldades vivenciadas. O conhecimento do profissional que acompanha o prematuro acerca da rede e o apoio social disponível contribuirá para uma adaptação da família às situações vivenciadas frente à prematuridade, pois se constitui em possibilidades de

ampliar estratégias para aliviar tensões e compartilhar responsabilidades (VIEIRA et al., 2010).

A análise dos testemunhos das participantes deste estudo permitiu descrever e revelar como é a experiência de cuidar no domicílio de uma criança nascida prematura. O significativo atribuído pelas cuidadoras ao “devir cuidadora de prematuro” evidenciado, até aqui, mostra uma trajetória de produções de subjetividades e processos de subjetivações na qual diferentes encontros, práticas em saúde, demandas por cuidados, internação e alta hospitalar, medos, inseguranças, fé, intercorrências, responsabilização, evasão do trabalho, adaptação e superação tecem um contexto de experiência vivida. O *vir a ser* cuidadora de prematuro é um processo em permanente construção e, ainda, produto de encontros que vão se dando ao longo de uma situação complexa, a prematuridade. Esse movimento é vivenciado de maneira singular pelas cuidadoras, contudo foi possível revelar, nesta análise, as multiplicidades e as semelhanças que compõe o cotidiano experienciado por elas.

Os processos de agenciamentos dos profissionais de saúde, isto é, práticas com potencial de inovação poderão favorecer a adaptação das cuidadoras e suas famílias à prematuridade no contexto domiciliar. A implicação dos trabalhadores da saúde, principalmente da atenção primária, revelou-se como oportuno e urgente nos cenários de análise, considerando que em seus testemunhos as cuidadoras não mencionam um envolvimento próximo com este serviço no período pós-alta, exceto para consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Um processo de adaptação seguro e tranquilo na transição do hospital para o domicílio será possível com a participação efetiva de serviços de atenção primária em saúde. Visitas domiciliares periódicas, principalmente no primeiro mês após a alta, é uma estratégia que pode ser utilizada para favorecer esse processo de adaptação das cuidadoras nos cuidados com os prematuros.

#### **6.4.2 Os territórios assistenciais e a continuidade da atenção**

A análise dos testemunhos permitiu evidenciar estratégias potencializadoras da continuidade do cuidado ao egresso de UTIN como os encaminhamentos a diferentes serviços disponíveis, a busca ativa dos prematuros, o acesso aos serviços de atendimento para acompanhamento, o uso “mesclado” de serviços do SUS e da saúde suplementar, a constituição de vínculo e o protagonismo materno na atenção pós-alta ao prematuro.

Assim como os resultados da primeira etapa deste estudo evidenciaram, a partir da análise das entrevistas dos profissionais e gestores, que no município M1 existem diferentes

fluxos de encaminhamentos aos serviços disponibilizados pelo SUS (atenção primária em saúde, núcleo de estimulação, especialidades médicas) há também evidências, a partir da análise dos testemunhos, da diversidade de serviços ofertados e do acesso a estes a partir dos encaminhamentos.

O encaminhamento do prematuro do hospital para os diferentes serviços disponíveis no SUS foi descrito por cinco cuidadoras (C3, C4, C5, C7, C9). Há, ainda, os encaminhamentos que foram efetivados a partir da atenção primária conforme relatado por duas cuidadoras (C1, C6). Além destes, a busca ativa foi uma estratégia utilizada pelos profissionais dos serviços, para favorecer a continuidade da atenção e foi evidenciado na análise do testemunho de duas colaboradoras (C3, C4).

Uma singularidade, identificada no testemunho de uma cuidadora (C2), é que esta não menciona o encaminhamento do seu filho aos serviços disponíveis, pois a própria cuidadora foi quem avaliou e decidiu o profissional que faria o acompanhamento de seu filho após a alta. Cabe evidenciar que mesmo traçando essa escolha, linha de fuga, foi garantido ao seu filho a continuidade da atenção em serviços particulares.

Uma especificidade de uma das colaboradoras (C9), evidente na análise do testemunho, foi que seu filho foi encaminhado do hospital para acompanhamento em seu município de residência (M3), contudo este município não dispunha dos serviços demandados pelo prematuro, conforme argumento materno e a continuidade da atenção ocorreu no município M1, sendo que todos os serviços (fisioterapia, neurologia, fonoaudiologia, pediatria) utilizados foram pagos.

Pode-se perceber, nesta pesquisa, a partir da análise dos testemunhos, que o encaminhamento do prematuro, que apresenta demandas específicas de cuidado, após a alta, é uma estratégia que favorece ou dispara a continuidade da atenção. Entretanto, é preciso considerar que a articulação dos diferentes serviços disponíveis para atendimento pós-alta ao prematuro não é feita apenas por normas e formulários, mas pelos encontros e discussão conjunta de processos de trabalho, considerando, inclusive, a participação dos usuários dos serviços em uma constante produção de subjetividades e formação de territórios assistenciais.

A facilidade de acesso aos serviços para acompanhamento do prematuro, com exceção do neurologista infantil pelo SUS, foi evidente na análise do testemunho de nove cuidadoras (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C10). A análise dos testemunhos sinaliza que o acesso oportuno a serviços está presente no cotidiano da continuidade da atenção aos prematuros deste estudo.

Pensar a continuidade da atenção ao prematuro, na perspectiva da integralidade do cuidado, implica desencadear um sistema de referência e contrarreferência que garanta o acesso a todos os serviços de atenção, conforme as necessidades específicas de saúde do prematuro (VIEIRA; MELLO, 2009).

A análise dos testemunhos revelou que todas as cuidadoras, incluídas neste estudo utilizam a APS/SUS para vacinação dos prematuros. A análise indica que quatro cuidadoras (C4, C5, C7, C8) realizaram os atendimentos para acompanhamento dos seus filhos, exclusivamente, utilizando serviços do SUS e dentre estas uma colaboradora (C7) relatou em seu testemunho ter feito o plano de saúde para sua filha, contudo até a data da segunda visita, ela afirmou não ter acionado o convênio para consultas. Duas cuidadoras (C2, C9) relataram que o acompanhamento do prematuro foi realizado em serviços privados sendo que uma delas (C2) mencionou que seu filho tinha plano de saúde e utilizou este apenas para exames de rotina. Conforme apresentado nas narrativas, uma cuidadora (C10) realizou o acompanhamento de sua filha em serviços conveniados ao plano de saúde e três cuidadoras (C1, C3, C6) “mesclaram” serviços conveniados e do SUS para atendimento e continuidade da atenção aos prematuros.

As cuidadoras afirmaram de uma maneira geral, em seus testemunhos, o acesso facilitado aos serviços, contudo a análise evidenciou que, principalmente, no caso de especialidades, o acesso pelo SUS nem sempre é possível como no caso do neurologista infantil. Identificou-se como estratégia utilizada pelas cuidadoras (C1, C3, C6), diante dessa situação, o uso mesclado de serviços públicos e conveniados. A análise permitiu inferir que existem diferentes estratégias na tentativa de garantir acesso e integralidade da atenção.

A complementaridade de serviços públicos e privados é uma realidade no contexto brasileiro, configurando-se como uma diversidade de arranjos no cotidiano assistencial, dos usuários de serviços de saúde, que procuram superar lacunas no acesso e garantir a integralidade da atenção (CONILL et al., 2008). Estudo pondera que há evidência de iniquidades no acesso e utilização dos serviços de saúde entre os usuários do SUS e beneficiários da saúde suplementar, contudo afirma que os serviços de vacinas se mostram universais e de acesso amplo a toda a população (CASTANHEIRA, 2010).

Os estudos que abordam a temática do uso concomitante de serviços do SUS e da saúde suplementar, aliados aos achados desta pesquisa, sinalizam que é oportuno repensar a atenção pós-alta à saúde do prematuro com vistas a garantir a universalidade, equidade e integralidade da assistência nos municípios cenários. É relevante considerar o perfil socioeconômico de oito cuidadoras (C1, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C10) deste estudo que

possuem uma renda familiar entre dois a três salários mínimos, sendo que cinco destas optaram em adquirir um plano de saúde, para efetivar o acompanhamento ou complementar os atendimentos a seus filhos. Aliado a isso, a análise tecida até aqui revela que a complexidade e vulnerabilidades iminentes à situação de prematuridade indicam a necessidade de traçar estratégias e implementar programas de atenção pós-alta ao prematuro, que efetivamente garantam acesso oportuno a especialidades que se fazem necessárias, equidade e integralidade da atenção, conforme prevê o Sistema Único de Saúde brasileiro.

A análise dos testemunhos sinalizou que a presença de encaminhamentos e acesso a serviços favorecem o acompanhamento do prematuro, contudo, não garante a efetiva continuidade que requer uma abertura, de profissionais e cuidadoras, para a constituição de vínculo e, ainda, uma implicação da mãe no cuidado pós-alta. Esta inferência é comprovada, quando identificamos cuidadoras (C5 e C7) que, mesmo na presença dos encaminhamentos e de acesso aos serviços de saúde, não deram seguimento à continuidade da atenção, fato este confirmado pelo testemunho das participantes e evidenciado na análise dos registros da caderneta de seus filhos. A análise dos testemunhos destas cuidadoras permite inferir que elas não constituíram vínculo com profissionais que atenderam seus filhos e há evidências que não foram protagonistas da atenção pós-alta ao prematuro.

A análise dos testemunhos sinaliza a presença de constituição de vínculo, entre as cuidadoras (C1, C2, C3, C8, C10) e os profissionais que realizam o seguimento de seus filhos é um potencial para a continuidade da atenção. Esta inferência é reforçada pela análise dos registros das cadernetas dos prematuros, que indicam um seguimento do crescimento.

Na perspectiva de constituição de vínculo, a análise revela que existem argumentos, apresentados pelas cuidadoras, para sua formação. O encontro dialógico, acolhedor, atencioso e resolutivo são características implícitas ao processo de constituição de vínculo vivenciado por elas.

A formação de vínculo, entre profissionais (e/ou serviços) e usuários, no contexto dos cuidados em saúde, amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário. O espaço dialógico entre usuários e profissionais deve ser utilizado para a construção de autonomia, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito que deseja (SCHIMITH; LIMA, 2004). Identifica-se em processos de constituição de vínculo relações de confiança e responsabilização (SAULTZ, 2003).

O encontro dialógico com vistas à constituição de vínculo, entre profissionais e usuários e um autêntico interesse em ouvir o outro permite, na perspectiva de Ayres (2006),

um processo de responsabilização e favorece uma percepção ampliada das demandas e necessidades colocadas em discussão (AYRES, 2006).

A potencialidade imanente à constituição de vínculo entre cuidadoras e profissionais é evidenciada na análise deste estudo e reafirmada por estudos na área. Contudo, é importante ponderar que, embora o estabelecimento de vínculo esteja no âmbito da prática do profissional, sua efetivação será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços e mecanismos de permanência do profissional na unidade de saúde (CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

As evidências apresentadas até aqui revelam um processo dinâmico de acompanhamento do prematuro egresso de UTIN. Esta dinamicidade vai configurando uma rede na qual estão presentes serviços ofertados e os encaminhamentos entre estes, busca ativa das cuidadoras e seus filhos, constituição de vínculo e implicação dos sujeitos envolvidos na atenção. Considerando estes elementos constituintes da rede como estratégias que favorecem a continuidade da atenção, percebeu-se que há uma potencialidade desta rede operar rumo a uma “produção da vida”.

A perspectiva de rede adotada, neste estudo, conforme já argumentado anteriormente, considera que, imanente a esta, existem movimentos para formação de fluxos-conectivos que sinalizam um mapa aberto, uma cartografia, dos encontros entre sujeitos. Esse mapeamento é permeado por múltiplas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade (FRANCO, 2006).

Para Franco e Magalhães (2006) e, conforme revelado na análise dos testemunhos, fica evidente que a construção articulada do cuidado se produz a partir do “desejo”, adesão ao projeto em uma micropolítica do trabalho em saúde.

Os resultados da presente pesquisa sinalizam que uma “atenção desejante”, produzida pelos diferentes sujeitos envolvidos no acompanhamento do prematuro, é uma discussão essencial desta análise. O reconhecimento da implicação dos sujeitos como dispositivo potencial para a continuidade da atenção é evidente, quando há relação entre a constituição de vínculo e o protagonismo das cuidadoras e a efetiva continuidade da atenção ao prematuro.

Nessa perspectiva, cabe um esclarecimento do entendimento neste estudo da “dimensão desejo” como algo essencial e imanentemente produtivo. O desejo gera e é gerado no processo de invenção e sua essência não é exclusivamente psíquica, como na psicanálise,



pois participa de todo o real (BAREMBLIT, 2002). O desejo corresponde a uma “vontade de potência”, uma “produção desejante” (DELEUZE; GUATARRI, 2010).

Conforme argumenta Merhy (2006a) por influência de uma tradição na qual se inscrevem o marxismo e a psicanálise, temos uma imagem de necessidade como sinônimo de falta. Contudo, além deste formato, há na dimensão da necessidade a expressão *de um ser que em potência “deseja” ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele, deseja como uma vontade de “potência de ser”, como “máquina desejante”* (MERHY, 2006a, p.88).

A partir destes pressupostos e da análise dos testemunhos, foram encontrados como resultados da presente pesquisa que existem indicativos de “produções desejantes” configurando uma “produção da vida”, e em alguns casos uma efetiva continuidade do cuidado. Quando menciona-se “produção da vida” não há intenção de vincular este termo à “normalidade morfofuncional” do prematuro. “Produção da vida” significa, nesta pesquisa, um processo de constituição da autonomia no modo das cuidadoras “levarem suas vidas” no contexto complexo da prematuridade ou ainda a potência de constituição de um “projeto felicidade”, conforme defende Ayres (2001), nos diversos encontros que vão configurando a rede de cuidados.

As “produções desejantes” implícitas à continuidade da atenção são evidentes na efetiva constituição de vínculo entre cuidadoras (C1, C2, C3, C4, C8, C9) e profissionais e, ainda, no explícito protagonismo das colaboradoras (C1, C2, C6, C9, C10) que realizam agenciamentos na atenção pós-alta ao prematuro.

A análise dos dados deste estudo permite inferir que, na constituição dinâmica da rede de atenção pós-alta ao prematuro, há elementos que produzem um “território assistencial”, processos de subjetivações, decorrente de diferentes encontros. Ficou evidente que é, a partir destes encontros, que se efetivam os encaminhamentos e constituem-se vínculos que somados ao acesso a serviços, com suas estruturas e ao protagonismo das cuidadoras favorecem à continuidade da atenção.

#### **6.4.3 Contribuições para a “produção do adoecimento”**

Nesta categoria, foi tecida uma análise que permitiu identificar situações que não favorecem a continuidade da atenção tais como: ausência na constituição de vínculo entre cuidadoras e profissionais, condição socioeconômica desfavorável, ausência de apoio social, “passividade” da cuidadora diante da atenção pós-alta ao prematuro, peregrinação em busca de resolutividade às demandas apresentadas pelo prematuro, fragilidade no acesso ao serviço

em caso de prematuros em condições crônicas. Além desses elementos “desfavoráveis” a uma atenção contínua após a alta, identificou-se, na análise de alguns testemunhos, a “normalidade morfofuncional” do prematuro como finalidade do acompanhamento o que, em alguma medida, distancia a assistência de uma “produção da vida” e a aproxima de uma atenção curativa.

A descontinuidade da atenção ao prematuro foi evidenciada na análise do testemunho de duas cuidadoras (C5, C7) participantes desta pesquisa e comprovada pela análise do registro das cadernetas de seus filhos. A análise permite evidenciar que a condição socioeconômica desfavorável e ausência de um apoio social favorece uma descontinuidade da atenção, como revelado na narrativa de uma das colaboradoras (C7). A ausência na constituição de vínculo entre as cuidadoras (C5, C7) e profissionais foi identificada e descrita nas narrativas e a análise sinaliza que isso potencializa a descontinuidade da atenção pós-alta.

No Brasil, há uma vulnerabilidade programática para acompanhamento do prematuro, caracterizada pela falta de vínculo das famílias com a unidade, o que não favorece a integralidade do cuidado aos egressos de UTIN (VIEIRA et al., 2010). Esta pesquisa também evidencia, assim como os resultados aqui descritos, que a família que se encontra em situação de vulnerabilidade socioeconômica, apresenta dificuldades no acesso a serviços e não conseguem contar com apoio social. As autoras argumentam que há necessidade de apoio às famílias que se encontram em vulnerabilidade socioeconômica por meio de políticas sociais articuladas (VIEIRA et al., 2010).

No Brasil, a maioria dos sobreviventes prematuros advém das classes socioeconômicas desfavorecidas e estas, frequentemente, têm dificuldade em dar continuidade à atenção no caso de egressos da UTIN (MÉIO et al., 2005).

É pertinente lembrar que a evasão do seguimento é um evento preocupante, considerando a vulnerabilidade dos prematuros a morbimortalidade (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2007). A análise dos dados sinaliza que, em casos de abandono pelas cuidadoras do acompanhamento dos prematuros, os profissionais devem traçar estratégias, como busca ativa e visitas domiciliares, na tentativa de identificar os motivos que impediram a continuidade da atenção e procurar favorecer o retorno da cuidadora às atividades de acompanhamento.

A ausência na constituição de vínculo foi evidenciada no testemunho de uma das cuidadoras (C6) deste estudo, apesar da análise sinalizar a presença de continuidade da atenção a sua filha. Esta inferência, aparentemente contraditória de ausência de vínculo e continuidade, faz sentido quando percebe-se que existe um protagonismo materno na tentativa

de garantir a continuidade, o que não foi identificado nos testemunhos de duas cuidadoras (C5, C7) nos quais identificamos uma descontinuidade do cuidado, caracterizada por uma ausência de vínculo e uma “passividade” destas cuidadoras.

Esta análise sinaliza que a ausência do vínculo com serviços de acompanhamento na presença de um protagonismo materno não exclui a possibilidade de uma continuidade do cuidado. Contudo, a análise aponta que essa continuidade não é capaz de uma “produção da vida”, pois não é possível visualizar uma autonomia da cuidadora no seu modo de levar a vida, conforme foi evidenciado na narrativa de C6.

A partir desta análise é possível reconhecer que a continuidade da atenção com vistas à “produção da vida” é movida por uma junção de elementos e dimensões como o acesso e encaminhamento a serviços, constituição de vínculo e protagonismo das cuidadoras.

Com estas evidências, pode-se afirmar que, na constituição da rede de atenção pós-alta ao prematuro, precisa existir uma “produção desejante”, um protagonismo, da cuidadora e a intencionalidade dos profissionais, para que a continuidade da atenção consiga, efetivamente, uma autonomia na maneira das mulheres vivenciarem a prematuridade.

O entendimento de “passividade” da cuidadora, diante da atenção pós-alta ao prematuro, significa dizer que elas vivenciaram este processo a partir do que era ofertado pelos serviços e orientado pelos profissionais. Neste caso, não identificou-se uma implicação da cuidadora na tentativa de, efetivamente, participar da atenção pós-alta. Identifica-se que essa “passividade” está relacionada com características singulares destas cuidadoras, que não foram objeto de investigação nesta pesquisa, contudo é possível inferir que os profissionais podem incentivar a participação e encorajar a cuidadora a participar dos cuidados do prematuro no contexto da atenção pós-alta.

Ayres (2006) pondera que, quando a pessoa assistida não participa de fato da ação em curso, ela não estará sendo sujeito. É fundamental criar atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, buscando o sentido destas ações com os usuários (AYRES, 2006).

A análise aqui descrita sinaliza que a descontinuidade da atenção potencializa um movimento de “produção do adoecimento” caracterizado pela maior vulnerabilidade dos prematuros a adoecimentos e a uma dificuldade da cuidadora conseguir autonomia e segurança na maneira de lidar com as questões da prematuridade no cotidiano da vida.

Outra evidência, a partir da análise, foi a peregrinação de uma colaboradora (C6) para encontrar profissionais que dessem resolutividade à demanda por cuidados apresentada por sua filha. A análise evidencia que essa busca é decorrente da ausência de uma relação de

confiança desta cuidadora com os profissionais, conforme já mencionado. Isso decorre de questões inerentes a esta colaboradora, que afirma, em muitos momentos do seu testemunho, “ser insegura” e pelas divergências de orientações e condutas que ela vivenciou no pré-natal e no período pós-alta de sua filha. Essa análise permite inferir que esta cuidadora requer uma atenção para atendimento resolutivo das demandas de sua filha bem como acompanhamento de profissionais para conseguir lidar com as situações que vem vivenciado com sua filha nascida prematura. A análise do seu testemunho, conforme descrito na narrativa, evidencia, neste caso, uma “produção do adoecimento”.

A análise dos dados dessa pesquisa permitiu visualizar uma condição crônica decorrente da prematuridade no cotidiano da vida de um prematuro (P9) e é possível identificar que essa situação desencadeia na cuidadora (C9) sentimentos de medo e ansiedade. A análise sinaliza uma fragilidade no acesso a serviços pela cuidadora em seu município de residência (M3) para atendimento do seu filho o que desencadeou a busca por atendimentos privados em outro município (M1). A colaboradora afirma que, após a alta hospitalar, seu filho recebe continuamente atendimento de fisioterapia, fonoaudiologia, neurologia e pediatria.

Um estudo aponta que os prematuros estão vulneráveis a apresentar condição crônica, sequelas e a família, frente a isso, poderá vivenciar situações de crise e sofrimento (BENGOZI et al., 2010). Associado a esse sofrimento, a condição crônica leva a família a uma busca constante de cuidados à saúde, tais como: tratamento fisioterápico, tratamento fonoaudiológico e acompanhamento médico especializado com pediatra e neurologista (VIEIRA et al., 2010).

Pesquisas argumentam que os prematuros podem compor um grupo definido como “crianças com necessidades especiais de saúde – CRIANES” por demandarem cuidados contínuos, sejam eles de natureza temporária ou permanente. Argumenta-se que as CRIANES apresentam uma demanda complexa de cuidados após a alta hospitalar, considerando sua fragilidade clínica e podem apresentar uma condição crônica que desencadeia uma sobrecarga na família ao assumir seus cuidados (NEVES, CABRAL 2008b; NEVES; CABRAL, 2009). O contexto de atenção à saúde não vem se mostrando preparado para atendimento dessas especificidades de crianças em condições crônicas no que se refere a oferta de serviços e preparo de profissionais (ZAMBERLAN; NEVES; SILVEIRA, 2012).

A análise sinaliza que a condição crônica decorrente da prematuridade exarceba a complexidade de atenção pós-alta no espaço domiciliar e requer serviços de saúde aptos a atender as demandas específicas por cuidados que esse prematuro apresenta. Percebe-se que o

município de residência da cuidadora (C9) não operacionalizou o atendimento ou encaminhamento do seu filho para atendimentos, conforme sua necessidade, o que revela fragilidade deste para atendimento à criança de risco em condição crônica.

A análise dos testemunhos permitiu identificar também que duas cuidadoras (C6, C8) deixam explícito em suas falas que o acompanhamento de seus filhos nascidos prematuros possui como finalidade uma “normalidade”. A análise sinaliza que uma dessas cuidadoras (C6) realiza uma peregrinação em busca de respostas “precisas” do que deve ser feito para alcançar a “normalidade” de sua filha, conforme apresentado em sua narrativa e afirma que essa deve ser garantida pelo profissional médico. Uma outra evidência que reafirma a busca pela normalidade são as comparações feitas pelas cuidadoras (C6, C7) entre seus filhos e crianças nascidas a termo.

Identifica-se que a “normalidade do corpo biológico” do prematuro, a ser garantida pelo profissional médico, está presente no discurso dessas cuidadoras e a análise permite inferir que para elas essa é a finalidade da continuidade da atenção. Essa inferência permite uma reflexão acerca da “reprodução” no cotidiano dessas colaboradoras de um discurso que valoriza o modelo biomédico de atenção em saúde.

Como apontado por Foucault (2006), as práticas em saúde, a partir do século XIX, foram incisivamente marcadas por uma medicina anátomo-clínica com orientações baseadas nas ciências biológicas. Nessa perspectiva deve-se considerar que houve a construção de um ideal de saúde, orientado por um “adequado funcionamento de corpos e órgãos”.

Identifica-se que essa premissa não está restrita à discursividade de profissionais da saúde, mas também atravessa o cotidiano de cuidadoras de prematuros como evidenciado nessa análise. Ayres (2007) pondera que o “perigo” do paradigma biomédico encontra-se no entendimento de que a saúde está presente apenas quando há ausência da doença ou há uma “normalidade” (AYRES, 2007). Essa premissa de saúde como “funcionamento adequado” de corpos implica em um reducionismo prático que não potencializa uma “produção da vida” e, assim, uma prática em saúde que não considera como valores éticos a constituição de um “projeto felicidade”.

A análise dos dados permitiu revelar que o crescimento e desenvolvimento dos prematuros “adequados” à sua idade perpassa a continuidade da atenção, contudo, não deverá ser sua finalidade. Defende-se nesta pesquisa que a atenção deverá se aproximar de práticas cuidadoras capazes de potencializar a “produção da vida”, uma autonomia das cuidadoras no modo de levarem suas vidas no contexto da prematuridade. Mesmo na presença de uma “alteração” do crescimento ou do desenvolvimento, há uma possibilidade de reconstrução

paradigmáticas e pragmática nos encontros entre sujeitos, quando estes levam em conta os “projetos felicidade”. E nessa construção encontra-se a possibilidade de uma discursividade de sujeitos no campo da saúde que não será orientada, exclusivamente, por uma ausência de doença ou “normalidade”, mas que também considera os projetos existenciais das cuidadoras e suas famílias que buscam cuidados em saúde.

Os resultados, aqui apresentados, permitem uma aproximação com elementos que desfavorecem a continuidade da atenção pós-alta ao prematuro e que podem contribuir para uma “produção do adoecimento”. Constatou-se que fragilidades na constituição de vínculos e no acesso a serviços para atendimento à criança em condição crônica, a “passividade” da cuidadora e presença de um contexto socioeconômico desfavorável são elementos que não favorecem uma atenção pós-alta contínua e segura.

A análise aqui tecida reafirma que o protagonismo, a “produção desejante” no contexto da micropolítica do trabalho em saúde poderá, aliada às diversas tecnologias e estruturas disponíveis, favorecer a continuidade da atenção com vistas a uma “produção da vida”.

A análise revelou, ainda, que a continuidade da atenção requer como meios encontros intersubjetivos que tenham como finalidade a “produção da vida” e não, exclusivamente, uma “normalidade biológica” do prematuro. Nessa perspectiva consideramos, conforme argumenta Ayres (2007), a necessidade de construção de práticas de saúde sensíveis e responsivas ao sucesso prático, isto é, o êxito técnico orientado pelos “projetos felicidade”.

## **7 OS ANALISADORES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PÓS-ALTA AO PREMATURO**

A análise dos dados da primeira e segunda fase deste estudo revelou que iminentes às multiplicidades e às subjetivações estão presentes as linhas de fuga, os interesses em disputa e as produções desejanças no contexto da atenção ao prematuro. Assim, esse capítulo busca explicitar esses analisadores identificados na primeira e segunda fase de estudo.

As diversas formas de acessar os serviços disponíveis, os diferentes arranjos e seus fluxos conectivos no acompanhamento do prematuro, após a alta hospitalar, ficou evidenciada nas duas fases deste estudo, contudo a análise dos dados revela que mais que a oferta de serviços e profissionais para o atendimento é preciso uma intencionalidade dos sujeitos envolvidos na assistência. Essa intencionalidade é um elemento essencial, para que existam encontros dialógicos, resolutivos e vinculantes. Nessa perspectiva, identificou-se como um dos analisadores deste estudo a implicação, o protagonismo e a intencionalidade de profissionais e familiares na constituição de práticas em saúde com vistas à continuidade da atenção e “produção da vida” no contexto da prematuridade.

A análise dos dados revelou os interesses em disputa que remetem a linhas de fuga, quando analisamos a situação do Centro Viva Vida no município de Santo Antônio do Monte. Nesse caso, a análise sinaliza a existência de uma intencionalidade macro e micropolítica, o planejamento de uma atenção, que é “rejeitada” por alguns “municípios” da Microrregião. A análise revela que há uma desterritorialização, caracterizada por uma recusa no encaminhamento de crianças de risco a esse serviço. Assim, identificou-se aqui, outro analisador que remete a interesses em disputa entre o Estado, os municípios e os profissionais.

A dificuldade de acesso a serviços de especialidades médicas está presente no discurso dos profissionais, gestores e cuidadoras participantes deste estudo. Identifica-se que, diante dessa situação, diferentes arranjos na tentativa de favorecer o acesso do prematuro a esse especialista como: pagamento pelo município ou pela família do atendimento do especialista, encaminhamento da criança a outro município e adesão das famílias a planos de saúde. Neste movimento e rearranjo, percebeu-se intencionalidades na tentativa de favorecer o acesso, contudo não é suficiente para se efetivar a continuidade da atenção no contexto da prematuridade, considerando que crianças de risco, principalmente as que apresentam condições crônicas, precisam de um seguimento destes profissionais e não apenas uma avaliação pontual. Além disso, a mescla no uso de serviços privados e públicos foi uma

evidência da segunda fase deste estudo e identifica-se que ela pode ser considerada uma linha de fuga no contexto da dificuldade de acesso a serviços do SUS nos cenários investigados.

Há um analisador explícito na história de algumas cuidadoras deste estudo que remetem às intencionalidades e protagonismos destas ao assumir o cuidado dos filhos após a alta hospitalar. A análise evidencia uma produção desejante dessas mulheres que enfrentam uma reorganização da vida cotidiana, o abandono do trabalho e outros desafios já apresentados nesta pesquisa. Ficou evidente que, imanente a essa vivência, há singularidades expressas em diferentes formas de lidar com a prematuridade, configurando cenários ora de produção da vida, ora de produção do adoecimento.

Em síntese é possível afirmar que o desenvolvimento deste estudo permitiu identificar os seguintes analisadores: as intencionalidades de profissionais e cuidadoras na atenção ao prematuro; interesses em disputa no contexto da utilização do CVV e linhas de fuga na tentativa de garantir a continuidade do cuidado como o uso de serviços da saúde suplementar.

Os analisadores aqui descritos remetem a novas possibilidades de investigação acerca do tema da continuidade da atenção ao prematuro. Nessa perspectiva, elaboram-se novos questionamentos: Como acontece a interlocução entre o Estado, os municípios e os profissionais para implementação de práticas em saúde voltadas para a continuidade da atenção à criança de risco? Quais as práticas em saúde são potenciais para favorecer uma autonomia no modo das famílias vivenciarem a prematuridade? Como é a participação de serviços da Saúde Suplementar no contexto da assistência ao prematuro após a alta hospitalar?

Com algumas respostas que esse estudo revela e com esses novos questionamentos, há pertinência em pensar a continuidade da atenção à criança de risco como uma linha de pesquisa nas ciências da saúde.



## 8 PARA DAR CONTINUIDADE...

O processo de cuidado pós-alta ao prematuro revelou-se como complexo e configura um arranjo assistencial, encontros e desencontros, que vão compondo um cenário de atenção ora de “produção da vida”, ora de “produção do adoecimento”.

Os resultados revelaram que as diferentes formas de oferta de serviços e “arranjos” assistenciais nos municípios de investigação compõem um “território assistencial” imbuído de (des)encontros, encaminhamentos, fluxos conectivos e segmentaridades, linhas de fuga, serviços ofertados, acesso e não acesso, produções desejantes que em processos de subjetivação vão compondo a “rede rizomática”.

A “rede rizomática”, representação construída nesse estudo a partir da interlocução entre discurso, território, serviços ofertados, fluxos e encaminhamentos sinaliza que atenção pós-alta ao prematuro configura um mapa aberto, que possui múltiplas entradas e saídas que remetem a alianças entre diferentes agentes, em um campo de disputas e intencionalidades. A “rede rizomática” remete a um arranjo assistencial que não possui uma organização hierárquica ou centralidade e é potencial para efetivar a continuidade da atenção ao prematuro.

A “rede rizomática” opera rumo à continuidade da atenção, quando há oferta oportuna de serviços, constituição de vínculo entre cuidadoras e profissionais, encaminhamentos aos diferentes serviços que vão se mostrando necessários e interação dialógica entre os profissionais que atendem ao prematuro. A descontinuidade da atenção está também presente no contexto da atenção pós-alta e é identificada em situações de desencontro entre os serviços ofertados, ou seja, uma fragilidade na comunicação entre profissionais das diferentes unidades de atendimento ao prematuro, na recusa de encaminhamento do prematuro ao CVV ou Núcleo de Estimulação e na dificuldade de acesso ao acompanhamento por especialistas.

Neste complexo contexto assistencial, os resultados deste estudo confirmaram a hipótese inicial da presente pesquisa ao revelar que, além da oferta de serviços de saúde, a continuidade da atenção se faz, sobretudo, a partir de uma implicação, uma produção desejante, dos diferentes sujeitos que participam da assistência pós-alta ao prematuro. Esse protagonismo remete a uma participação efetiva e resolutiva na atenção pós-alta.

A constituição de vínculo entre cuidadoras e profissionais e o protagonismo foram evidentes neste estudo como dispositivos constituintes da continuidade da atenção. Eles remetem a uma longitudinalidade do cuidado no contexto da prematuridade e a uma produção

da vida. Há na micropolítica do trabalho em saúde produções desejanter que operam rumo à continuidade da atenção.

Os resultados dessa investigação sinalizam que o protagonismo no contexto da micropolítica do trabalho em saúde poderá, aliada às diversas tecnologias e estruturas disponíveis, favorecer a continuidade da atenção com vistas a uma produção da vida.

Aliado a esses achados, a análise dos dados tecida nessa pesquisa, permitiu identificar que há uma segmentaridade molar, uma macropolítica, na organização da atenção pós-alta ao prematuro representado pelos serviços ofertados com seus diferentes fluxos instituídos nos municípios e as diretrizes do Estado para a regionalização da atenção.

Nessa trama assistencial identifica-se que a cuidadora do prematuro “tem que dar conta” de assumir os cuidados com o filho prematuro, considerando as vulnerabilidades destes e a reorganização do cotidiano da vida na tentativa de atender às demandas por cuidados domiciliares e em saúde que um prematuro requer. Nessa perspectiva, é pertinente que a assistência pós-alta, no contexto da prematuridade, organize-se, em sua micropolítica, para favorecer a adaptação da família aos cuidados com o prematuro. Uma estratégia favorável a essa adaptação encontra-se nas ações desenvolvidas pela APS como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e a visita domiciliar que permitem identificar como a família está enfrentando a situação e qual apoio será necessário para favorecer um cuidado tranquilo e seguro ao prematuro.

Nessa perspectiva, a atenção pós-alta prestada ao prematuro e sua família deve estar atenta à adaptação da família ao contexto da prematuridade com vistas a uma produção da vida, ou seja, uma autonomia na maneira dessas levarem suas vidas. Nesse processo de adaptação, são necessários serviços para atendimento ao prematuro, uma rede de apoio, o protagonismo das cuidadoras e a constituição de vínculo entre profissionais e cuidadoras.

A atenção à saúde aliada a uma assistência social faz-se necessária para famílias em situações de vulnerabilidade, social e econômica, uma vez que os resultados desta pesquisa sinalizam que elas apresentam dificuldades em manter o acompanhamento do filho nascido prematuro.

O “dever cuidadora de prematuro” configura uma trajetória de produção de subjetividades no qual diferentes (des) encontros, práticas em saúde, abandono do trabalho, intercorrências, fé, medos, responsabilização, reorganização da vida cotidiana e superação tecem uma experiência vivida. Nesse cotidiano, os processos de subjetivação imanentes ao “dever cuidadora de prematuro” expressam intencionalidades.

A descontinuidade da atenção que contribui para a “produção do adoecimento” está presente, quando há ausência na constituição de vínculo entre profissionais e cuidadoras, condição socioeconômica desfavorável, ausência de apoio social, “passividade” da cuidadora diante da atenção pós-alta ao prematuro e fragilidade no acesso a serviços em caso de prematuros que apresentam condições crônicas. É oportuno reconhecer que para superar a “produção do adoecimento” são necessárias práticas que tenham como meios encontros intersubjetivos e como finalidade a autonomia na maneira das famílias vivenciarem a prematuridade, aliado a isso, políticas públicas de saúde e de assistência social que considerem as especificidades da prematuridade.

A construção deste estudo permitiu identificar as fragilidades e potencialidades presentes no cotidiano da atenção pós-alta ao prematuro e como as cuidadoras estão envolvidas nesse processo tendo que “dar conta” dos desafios que atravessam o contexto da prematuridade. As cuidadoras, apesar da adaptação às situações de cuidado ao prematuro, não recebem um suporte na perspectiva de pensar a longevidade dessa criança que poderá apresentar novas demandas por cuidados em saúde à medida que elas crescem.

É oportuno “dar continuidade” a novos estudos que poderão orientar práticas profissionais e políticas públicas capazes de fortalecer e qualificar a assistência pós-alta aos prematuros e suas famílias.

## REFERÊNCIAS

ALFAYA, C.; SHERMANN, L. Depressão materna em mães de bebês recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. **Psico.**, [S.l.], v. 32, p. 115-129, 2001.

ALISTAIR, G. S. The evolution of neonatology. **Pediatric Research**, [S.l.], v. 58, n. 4, 2005.

ALMEIDA, A.C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz- MA. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, jun. 2012.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Follow-up care of high-risk infants. **Pediatrics**, Bethesda, v. 114, n. 5, p. 1377-97, 2004.

AVERY, G. B. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Humanização dos cuidados em saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-52, 2007.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre riscos: para compreender a epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 6, n. 1, p.63-72, 2001.

BAKER, J.P. Historical perspective: the incubator and the medical discovery of the premature infant. **Journal of Perinatology**, [S.l.], v. 5, p. 321–328, 2000.

BARBOSA, A. C.; OLIVEIRA, I. C. S.O. O. Advento das incubadoras no exterior e no Brasil: um ensaio histórico. **Pediatria Atual**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, jun. 2002.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guatarri, 2002.

BECK, S. et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bull World Organ.**, [S.l.], v. 88, p.31-38, 2010.

BENGOZI, T. M. et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. **Cienc. Cuid. Saude**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 155-160, jan./mar. 2010.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. **Rev Rene**, [S.l.], v. 11, n. e., p. 142-149, 2010.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 975-980, 2012.

BRASIL. Lei nº 10.421, de 15 de abril de 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10421.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10421.htm)>. Acesso em: 15 out.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução de nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)>. Acesso em: 17 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência a Saúde: NOAS-SUS 01/02. 2. ed. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/12221-373>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 7 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde, cuidados com o recém-nascido pré-termo: vol 4. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais: vol. 1. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da criança e aleitamento materno. **Caderneta da saúde da criança**. 7. ed. Brasília, DF, 2011e. Disponível em: <www.saude.gov/bvs>. Acesso em: 28 nov.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2. ed. Brasília, DF, 2011c. 204 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Malha de cuidados ininterruptos à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005, p103-112.

CABRAL, I. E.; MORAES, J. R. M. M.; SANTOS, F. F. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados especiais. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 211-218, 2003.

CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P. Narraivas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v. 42, n. 6, p. 1090-6, 2008.

CARBONERO, S. C.; ALONSO, C. R. P. Seguimento del prematuro/gran prematuro em Atención Primaria. **Rev. Pediatría de Atención Primaria**, [S.l.], v. 17, supl., p. 443-50, 2009.

CARDOSO, L. E. B. ; FALCÃO, M. C. Seguimento ambulatorial do recém-nascido de risco. In: PROCIANOY, R. S.; LEONE, C. R. (Org.). **Programa de Atualização em neonatologia**:PRORN. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2004. p.149-201.

CARVALHO, M. de; GOMES, M. A. S. M. A mortalidade do prematuro em nosso meio: realidades e desafios. **Jornal de Pediatria**. v. 81, n. 1, supl., p. 111-118, 2005.

CASTANHEIRA, C. H. C. Utilização de serviços públicos e privados de saúde, segundo inquérito telefônico na população de Belo Horizonte. 2009. 75 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CONILL, E. M. et al. O *mix* público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008.

COSTA, S. A. F. et al. A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 741-749, out./dez. 2009.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para a alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 886-91, 2009.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Rev Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 19-26, jan./fev. 2012.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 16, supl.1, p. 1029-1042, 2011.

DALLOS, R. Métodos observacionais. In: BREAKWELL, G. M. et al. Métodos de pesquisa em psicologia. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap.7, p. 136-155.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Anti-Édipo**: capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: Ed.34, 2010. 560 p.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Mil platôs**: capitalismo e equizofrenia: vol. 1. São Paulo: Editora 34, 2007.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Mil platôs**: capitalismo e equizofrenia: vol. 3. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DELEUZE, G. **Pourparlers**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1990.

DEMO, P. **Praticar ciência**: metodologias do conhecimento científico. São Paulo: Saraiva, 2011. 208 p.

DITZ, E. da S. et al. Cuidado materno ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: possibilidades e desafios. **Cienc. Enferm.**, Concepcion, v. 17, n. 1, p. 45-55, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art\\_06.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_06.pdf)>. Acesso em: 13 out. 2012.

DITZ, E. da S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. de. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 75-81, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/09.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2012.

DIVINÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Divinópolis**. Disponível em: <<http://www.divinopolis.mg.gov.br/site/paginas/secretaria.php?sec=13>>. Acesso em: 10 maio 2011.

DORLING, J. S.; FIELD, D. J. Follow up of infants following discharge from the neonatal unit: structure and process. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 82, p. 151-156, 2006.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; TAVARES, T. S. Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 539-546, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7509/7874>>. Acesso em: 13 out. 2012.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; XAVIER, C. C. A vivência de pais e profissionais na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciencia y Enfermeria**, Concepcion, v. xvii, n. 2, p. 77-86, 2011.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; XAVIER, C. C. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 647-54, 2009.

EMBLETON, N. E.; PANG, N.; COOKE, R. J. Postnatal malnutrition and growth retardation: an inevitable consequence of current recommendation in preterm infant? **Pediatrics**, [S.l.], v. 107, p. 270-273, 2001.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 231 p.

FRANCO, T. B. As Redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO; MATTOS (Org.). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.



FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, J. R. H. M.; Integralidade na assistência à saúde; a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 125-34.

GARDNER, M. R.; DEATRICK, J. A. Understanding interventions and outcomes in mothers of infants. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 29, p. 25-44, 2006.

GROULX, L. H. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: POUPART J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. p.95-124.

GUIMARÃES, C. O ordinário e extraordinário das narrativas. In: GUIMARÃES, C. FRANÇA, V. (Org.). **Na mídia, na rua: narrativas do cotidiano**. Belo Horizonte: Autentica, 2006. p. 7-17.

GUIMARÃES, G. P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso no método canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 626-635, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Contagem da população de 2008. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/defaulttab1\\_perfil.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/defaulttab1_perfil.shtm)>. Acesso em: 23 mar. 2011.

ITAPECERICA-MG. Disponível em: < <http://www.itapecerica-mg.com.br>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

JACKSON, B. J.; NEEDELMAN, H. Building a system of child find through a 3-tiered model of follow-up. **Infants & Young Children**, Frederick, v. 20, n. 3, p. 255-265, 2007.

KELLY, M. M. The medically complex premature infant in primary care. **Journal of Pediatric Health Care**, [S.l.], v. 20, n. 6, p. 367-73, 2006.

KOSINSKA, M. Two methods for estimating age of newborns in catch up growth studies. **Early Hum. Dev.**, [S.l.], v. 82, p. 575-582, 2006.

KUHN, T. S. A estrutura das revoluções científicas. Tradução Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 2007, 260 p.

LAMY FILHO, F. et al. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luis – MA. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 16, n. 10, p. 4181-4187, 2011.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005.

LEAL, B. Saber das narrativas: narrar In: GUIMARÃES, C.; FRANÇA, V. (Org.). **Na mídia, na rua: narrativas do cotidiano**. Belo Horizonte: Autentica, 2006. p. 19-27.

LOZANO, J. E. A. Prática e estilos de pesquisa na história oral contemporânea. In: FERREIRA, M. M. AMADO, J. (Org.). **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996. p.15-25.

LUNDQVIST, P.; WESTAS, L. H.; HALLSTROM, I. From distance toward proximity: fathers lived experience of caring for their preterm infants. **J. Pediatr Nurs**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 239-246, 2007.

LUSSKY, R. C. A century of neonatal medicine. **Minnesota Medical Association**, Mineápolis, v. 82, Dec.1999. Disponível em: <<http://www.nmed.org/publications/MnMed1999/December>>. Acesso em: 08 jun. 2011.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica contemporânea**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OCDE) Countries. **Health Services Research**, Ann Arbor, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

MEIHY, J. C. S. B; HOLANDA, F. **História oral: como fazer como pensar**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2011. 175 p.

MÉIO, M. D. B. B. et al. 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**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 299-307, 2005.

MÉIO, M. D. B. B.; LOPES, S.C.; MORSCH, D. S. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v. 37, n. 3, p. 311-318, 2003.

MELLO, D. F. et al. Brazilian mothers experiences of home care for their low birth weight infants. **Neonatal Netw**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 30-34, 2002.

MENTRO, A. M. Healthcare policy for medically fragile children. **J. Pediatr. Nurs.**, Philadelphia, v. 18, n. 4, p. 225-231, 2003.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006b. p. 197-228.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006a. p.71-112.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.113-150.

MINAS GERAIS. PDR - Plano Diretor de Regionalização: 2011. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf)>. Acesso em: 13 out. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Rede Viva Vida. 2011. Disponível em:< [http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/programa-viva-vida.>](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-viva-vida.>). Acesso em: 13 out. 2012.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica: dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 393 p.

MORAES, J. R. M. M.; CABRAL, I. E. 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, p. 452-458, jul./set. 2004.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; CAMARGO, C. L. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 654-662, jul./set. 2012.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 182-90, jun. 2008b.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 527-38, 2009. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a09.htm>.> Acesso em: 13 out. 2012.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 552-60, jul. / set. 2008a.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 324-327, 2008.

PHILIP, A. G. S. The evolution of neonatology. **Pediatric Research**, Baltimore, v. 58 n. 4, 2005.

PIRES, A. P. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sócias. In: POUPART, J. et al. **A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. p. 43-94.

PRIDHAM, K. A. et al. Guiding mother's management of health problems of very low birth-weight infants. **Public Health Nursing**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 205-215, 2006.

RABELO, M. Z. S. et al. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar no recém-nascido prematuro. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 333-337, 2007.

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

RAMOS, J. G. L. et al. Nascimento pré-termo. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 69 - 80.

RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 101-10, 2005.

SANTO Antônio do Monte. Disponível em: <  
<http://samonte1758.blogspot.com.br/serach/label/08%20Mapas.>>. Acesso em: 13 nov.2012.

SAULTZ, J. W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **Ann. Fam. Med.**, [S.l.], v. 1, n. 3, p. 134- 145, 2003.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebe prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. 245 f. Tese (Livre docência)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C. G. S.; COSTA, I. A. R.; YAMANAKA, N. M. A. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. esp., p. 91-101, 1996.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez., 2004.

SHERMANN, L. Considerações sobre interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 55-61, 2001.

SILVA, A. M. R. et al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2125-38, 2009.

SILVEIRA, A.; NEVES, E. T. Crianças com necessidades especiais em saúde: cuidado familiar. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 074-080, jan./mar. 2012.

SILVERMAN, W. A. Incubator-baby side shows. **Pediatrics**, Greenbrae, v. 64, n. 2, p. 127-141, Aug. 1979. Disponível em:  
<<http://www.neonatology.org/classics/silverman/silverman1.html>>. Acesso em: 16 set. 2012.

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 1, p. 27-36, jan./mar. 2011.

SOUZA, N. L. et al. Domestic maternal experience with preterm newborn children. **Rev. Salud Pública**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 356-367, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência de tornar-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 1, p. 49-54, jan./fev. 2005.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Rev. Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 79-88, 2007.

VIEIRA, C. S. et al. Rede de apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 11-9, 2010.

VIEIRA, C. S.; MELLO, D. F. 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, 2009.

WATTS, J. L.; SAIGAL, S. Outcome of extreme prematurity: as information increases so do the dilemmas. **Arch. Dis. Child Fetal Neonatal**, London, v. 91, n. 3, p. 221-25, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Geneva, 2004. Disponível em:  
<[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/74704/E82997.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Expert Commite on Physical Status. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical repor Series n.854. Geneva,1995. Disponível em: <[http://www.who.int/childgrowth/publications/physical\\_status/en/index.html](http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/index.html)>. Acesso em: 23 nov. 2012.

WUST, G. G.; VIEIRA, C. S. O relacionamento mãe bebê pré-termo após a alta hospitalar. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 311-318, abr./jun. 2011.

ZAIRA, A. G.; CUSTÓDIO, A. O.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**, Canoas, v. 24, p. 115-126, 2006.

ZAMBERLAN, K. C.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Rede Institucional de cuidados à criança com necessidades especiais de saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**,[S.l.], v. 6, n. 5, p. 1015-23, May 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2395>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

**ANEXO A - Parecer**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

**Projeto: CAAE – 0339.0.203.000-11**

**Interessado(a): Profa. Roseni Rosângela de Sena  
Depto. Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 19 de agosto de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"A rede de assistência à criança nascida prematura"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Prof.ª Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG**



## ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido\*

Para: Cuidador

Eu, **Patrícia Pinto Braga**, Enfermeira e Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a continuidade do cuidado, após alta hospitalar, à criança que nasce prematura, cujo título é: “*A rede de assistência à criança nascida prematura*”. Esta pesquisa é orientada pela Professora Dra. Roseni Rosângela de Sena.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. É necessário que você tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à sua participação:

1. A sua colaboração consiste em participar de uma entrevista individual. É uma participação voluntária e o Sr.(a) terá a liberdade para desistir em qualquer momento da pesquisa, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização;
2. Caso o(a) Sr.(a) não deseje participar ou desista de continuar na pesquisa você, sua família e o seu bebê não terão nenhum prejuízo. Os riscos são mínimos como emocionar-se ao responder às perguntas. Você não terá benefícios diretos por participar do estudo, mas as informações fornecidas por você possibilitará reflexões acerca do tema e contribuirá com a ciência
3. Durante a implementação da pesquisa o(a) Sr.(a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas;
4. A entrevista será gravada, caso o(a) Sr.(a) permita, e transcrita. Será permitido a você ouvi-la, bem como ter acesso à transcrição, e fazer alterações se desejar;
5. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais.
6. A utilização dos resultados das informações obtidas será exclusivamente para fins científicos e para a produção de artigos técnicos;
7. O(A) Sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa. Os riscos da sua participação são mínimos como emocionar-se ao responder as perguntas.
8. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone (037)3221-1267, e-mail: patriciabragaenf@ig.com.br
9. Ao final da pesquisa o (a) Sr, (a) terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto ao pesquisador.

Certa de contar com o seu apoio, reforço meu agradecimento.

**Patrícia Pinto Braga**

Telefone: (37) 3221-1267 ou (37)88342459.  
Email: patriciabragaenf@ig.com.br

ROSENI ROSÂNGELA DE SENA

Email: rosenisena@uol.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de Minas Gerais.

Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha Unidade  
Administrativa II, 2º andar, Tel: (31)3409-4592  
Email: coep@prpq.ufmg.br

Declaro ter recebido da Enfermeira **Patrícia Pinto Braga**, aluna do curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem/UFMG, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa intitulada “*A rede de assistência à criança nascida prematura*”, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar voluntariamente das atividades da pesquisa. Aceito ter a gravação de minha fala durante a entrevista, bem como sua utilização na pesquisa.

Assim sendo, concordo, voluntariamente em participar deste estudo.

..... de..... de 20.....

Local

Data

Entrevistado:.....

Assinatura Entrevistado

**Polegar direito**

\* Este termo foi impresso em duas vias. Um fica com o pesquisador e outro com o participante.

“ANEXO B, continuação”

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para: gestores e/ou profissionais

Eu, **Patrícia Pinto Braga**, Enfermeira e Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e de difusão científica cujo título é: “*A rede de assistência à criança nascida prematura*”.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações:

1. O objetivo do trabalho é: analisar a rede de cuidados às crianças nascidas prematuras extremas residentes na Microrregião da Macrorregião Oeste do Estado de Minas Gerais a qual os municípios de Divinópolis e Santo Antônio do Monte são referências.
2. A coleta dos dados primários será feita através de entrevista individual.
3. A participação é voluntária, tendo o participante a liberdade para desistir durante qualquer etapa da pesquisa, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização.
4. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais.
5. A utilização dos resultados das informações obtidas será exclusivamente para fins científicos e para a produção de artigos técnicos;
6. O(A) Sr(a) não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa. Os riscos da sua participação são mínimos como emocionar-se ao responder as perguntas.
7. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone (37)32211552 ou pelo e-mail: patriciabragaenf@ig.com.br.
8. A entrevista será gravada, se o (a) Sr(a) assim consentir. O Sr(a) poderá ouvi-la, bem como ter acesso à sua transcrição, e fazer alterações, se assim o desejar.
9. Ao final da pesquisa o (a) Sr. (a) terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto ao pesquisador.
10. Os riscos em participar deste estudo são mínimos como emocionar-se ao responder algumas das perguntas da entrevista.
11. Você não terá benefícios diretos por participar do estudo, mas as informações fornecidas por você possibilitará reflexões acerca do tema e contribuirá com este estudo.

Certa de contar com o seu apoio, reforço meu agradecimento.

---

**Patrícia Pinto Braga**

(37) 3221-1552 ou (37)8834-2459.  
E-mail: patriciabragaenf@ig.com.br

**ROSENI ROSÂNGELA DE SENA**

Tel: (0xx31) 3337-8838 ou 9951-8838  
Email: rosenisena@uol.com.br

**Comitê de Ética em Pesquisa da**

**Universidade Federal de Minas Gerais.**  
Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha Unidade  
Administrativa II, 2º andar, Tel: (31)3409-4592  
Email: coep@prpq.ufmg.br

Declaro ter recebido da Enfermeira **Patrícia Pinto Braga**, aluna do curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem/UFGM, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa intitulada “*A rede de assistência à criança nascida prematura*”, bem como sobre a utilização das informações que fornecerei somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Estou ciente de que não serei exposto (a) a riscos devido a minha participação nesta pesquisa e que poderei, a qualquer momento, interromper a minha participação sem nenhum prejuízo.

Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar voluntariamente das atividades da pesquisa. Aceito ter a gravação de minha fala durante a entrevista, bem como sua utilização na pesquisa.

Assim sendo, concordo, voluntariamente em participar deste estudo.

.....de..... 200.....

Local

Data

Participante:.....

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador

**ANEXO C - Roteiro de Entrevista com Gestor e/ou Profissionais de Referência em saúde da criança na Superintendência de Saúde da Microrregião**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Identificação: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Tempo de trabalho na instituição: \_\_\_\_\_

1. Fale sobre a Pactuação entre os municípios que compõem a Microrregião, em que Divinópolis e Santo Antônio do Monte são referência, no que diz respeito à saúde da Criança.
2. Descreva o fluxo de atendimento á criança nascida prematura egressa da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
3. Existem protocolos, documentos ou material impresso com informações relacionadas à organização e fluxo do cuidado na Microrregião para crianças nascidas prematuras? Poderia Disponibilizar o Material para análise?

**ANEXO D - Roteiro de Entrevista com gestores ou profissionais dos serviços de saúde dos Municípios**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Identificação: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Tempo de trabalho na instituição: \_\_\_\_\_

1. Fale sobre a organização do cuidado à criança nascida prematura após alta hospitalar no município.
2. Descreva como funciona o referenciamento da criança nascida prematura em caso de demandas específicas.
3. Quais os serviços ou setores são acionados para assistir à criança nascida prematura?

### ANEXO E - Roteiro de Entrevista em História Oral Temática

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Renda Familiar: \_\_\_\_\_

Parentesco com a criança: \_\_\_\_\_ Gravidez Planejada? ( ) Sim ( ) Não

Realizou pré-natal? ( ) Sim ( ) Não. Qual Serviço? \_\_\_\_\_

Possui outros filhos? ( ) Sim ( ) Não. Quantos? \_\_\_\_\_ Algum filho prematuro? \_\_\_\_\_

Causa do parto prematuro? \_\_\_\_\_ Local de Nascimento: \_\_\_\_\_

DN do seu filho(a): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IGN: \_\_\_\_\_ Peso de nascimento: \_\_\_\_\_

Tempo de Internação Hospitalar: \_\_\_\_\_ Peso Alta: \_\_\_\_\_

Utiliza para seu filho (a) os serviços do SUS ( ) totalmente ( ) parcialmente Para: \_\_\_\_\_ ( ) não utiliza

Utiliza/possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não. Serviços utilizados: \_\_\_\_\_

- ✓ Fale-me sobre sua vida como cuidadora do(a) \_\_\_\_\_, nascida prematura, após a alta hospitalar.
- ✓ Fale-me sobre sua vivência na assistência à saúde do(a) \_\_\_\_\_ após a alta hospitalar.
- ✓ Fale-me o que foi preciso para acessar os serviços de cuidado em saúde?
- ✓ Quais os serviços foram utilizados pela criança após a alta hospitalar?
- ✓ Existe um(a) profissional de referência para a assistência a saúde do(a) \_\_\_\_\_ após a alta hospitalar? Quem? Por que?

### ANEXO F - Roteiro Mapeamento de Prematuros

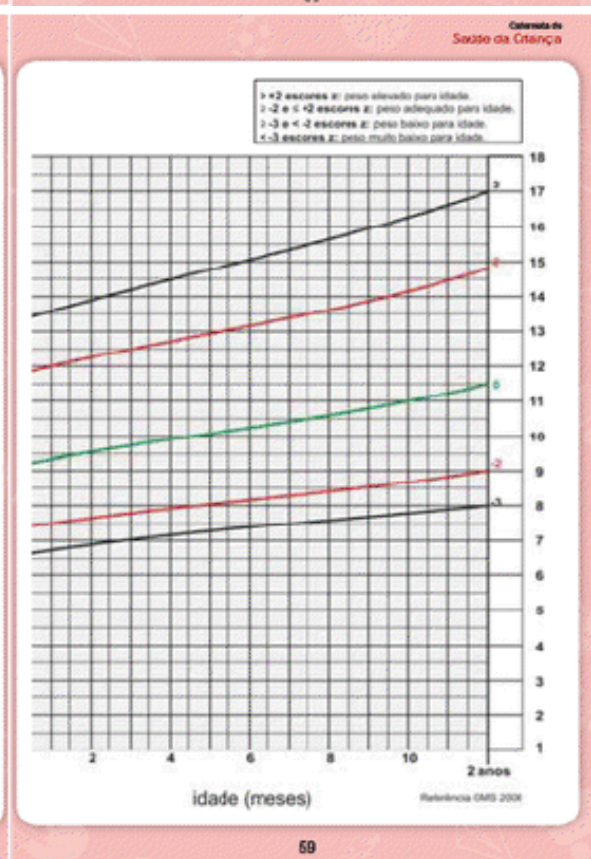
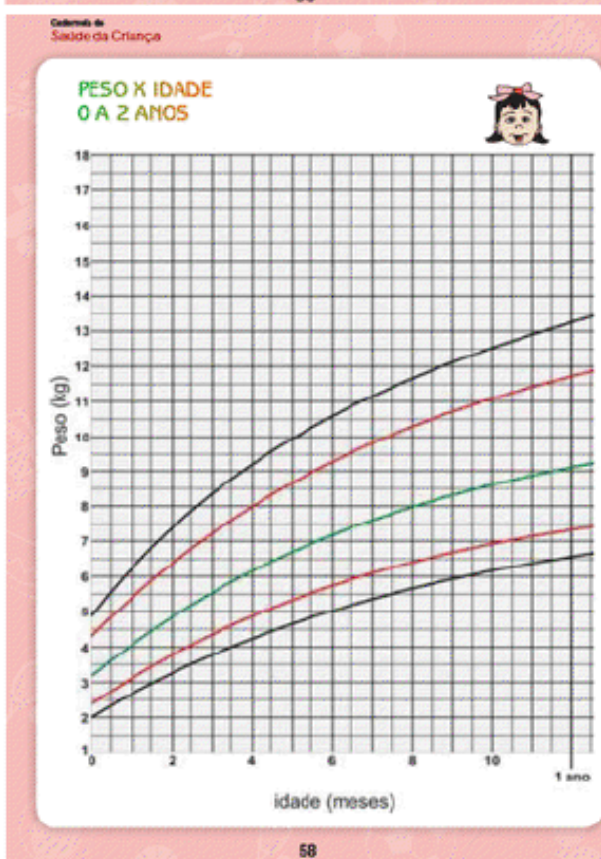
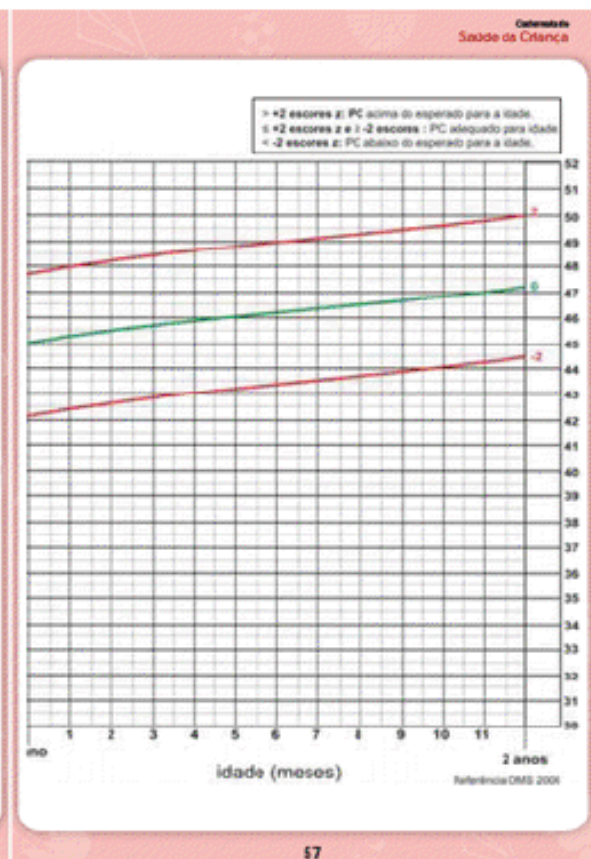
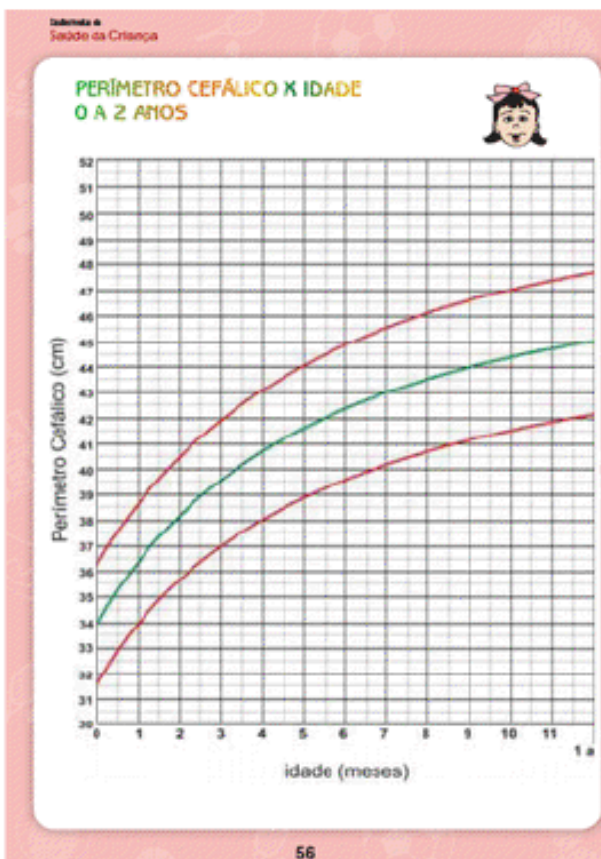
<b>Ocorrência</b>	Local de Nascimento:			Cidade/Estado:	Estabelecimento:	
<b>Dados Maternos</b>	Nome:			Endereço e telefone:	Idade:	
<b>Gestação</b>	Duração:			Tipo de Parto:	Nº cons. pré-natal:	
<b>Nascimento</b>	Data de Nascimento:	Sexo:	Peso ao nascer:	Anomalia/Má formação?	Apgar	

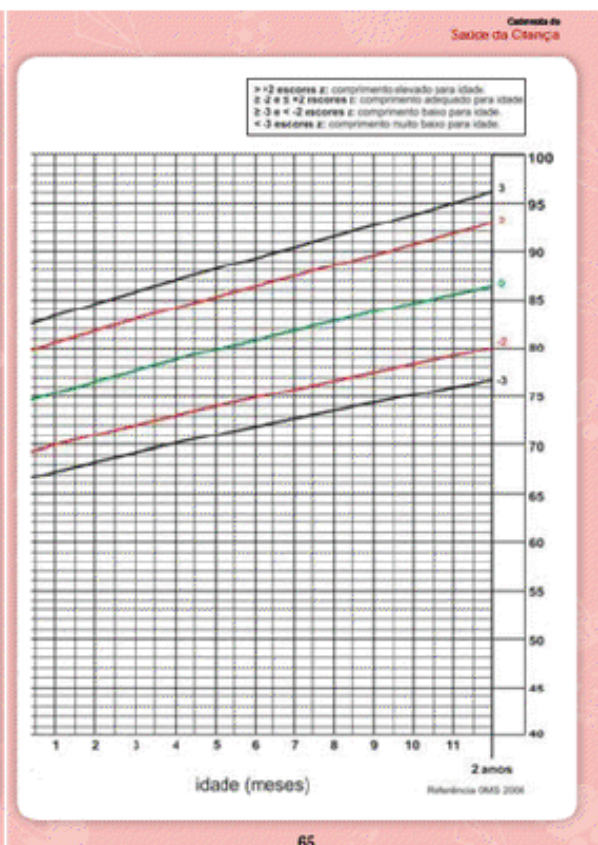
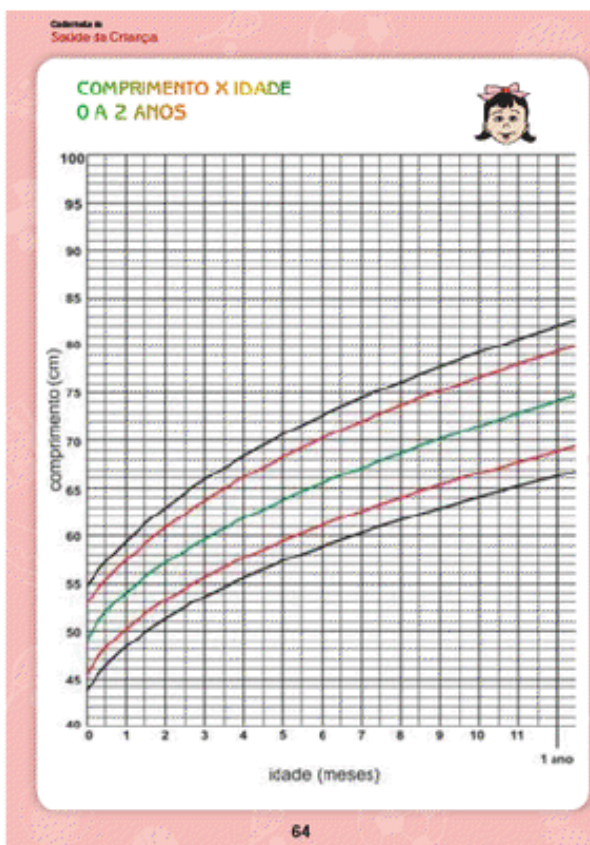






ANEXO I - Instrumento de registro de curvas de crescimento





**ANEXO J - Exemplo de registro de dados antropométricos em tabela e curvas de crescimento**

Caderneta de Saúde da Criança

**FOLHA DE REGISTRO PARA CRIANÇAS DE 0-3 ANOS**

Data	Idade	Peso(g)	Estatura (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Índice de Massa Corporal (IMC)
23/03/11	2m6d	2040	41,5	33/29	11,8
30/03/11	2m15d	2.285	42	33,5	
06/04/11	2m22d	2.450	43,5	35/31	12,9
13/04/11	3m0	2.650	44	35	
19/04/11	3m6	2.830	45,5	36	13,7
04/05/11	3m18	3.030	47	37/33	
18/05/11	4m3m	3.380	49	37	
17/06/11	5m2m	3.790	51	39/36	14,5
16/07/11	6m3m	4.210	53	39	
16/08/11	7m4m	4.775	56	42	15,2
22/09/11	8m6d	5.250	59	43/40	15,1
20/10/11	9m6m	5.510	60	43,5	
18/11/11	10m7m	6.030	63	44/43	
15/12/11	11m8m	6.390	63	45	
01/02/12	1a15d	6.590	66	45/43	15,1
16/02/12	1a1m	6.575	68	45,5	
13/04/12	1a3m	7.045	69	46/44	15,2
25/06/12	1a5m	7.890	71	47/46	15,6

52

