



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/MESTRADO**

**PATRÍCIA FERNANDES BRITTO**

**SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO: UM DESAFIO À EQUIPE  
DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM**

**RIO DE JANEIRO RJ  
DEZEMBRO 2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO: UM DESAFIO À EQUIPE  
DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM**

**PATRÍCIA FERNANDES BRITTO**

**Dissertação submetida à Banca Examinadora da Faculdade de Enfermagem da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos  
indispensáveis para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.**

**Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denize Cristina de Oliveira**

**Rio de Janeiro  
2006**

**SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO: UM DESAFIO À EQUIPE DE  
SAÚDE E DE ENFERMAGEM**

**por**

**PATRÍCIA FERNANDES BRITTO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Enfermagem da UERJ.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denize Cristina de Oliveira  
Presidente

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ângela Maria La Cava  
1<sup>o</sup> Examinador

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Antônio Marcos Tosoli Gomes  
2<sup>o</sup> Examinador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ivone Evangelista Cabral  
Suplente

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues  
Suplente

Rio de Janeiro  
2006

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho a pessoas muito especiais em minha vida, que contribuíram de uma maneira significativa para o meu crescimento humano e profissional.*

*Primeiramente aos meus pais, **José Antônio Pinheiro Britto** e **Eliana Fernandes Britto**, que estiveram sempre presentes em minha caminhada e que permaneceram dignamente pacientes e compreensivos. As alegrias são também suas, pois o amor e o carinho de vocês foram as armas desta vitória.*

*À minha irmã e amiga **Tatiana Fernandes Britto**, que sempre me incentivou e vibrou com as minhas conquistas e realizações.*

*Obrigada a todos vocês, pelo carinho, pelas palavras de conforto e pela compreensão devido a minha ausência. Afinal, somos vitoriosos.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Primeiramente agradeço **À Deus**, pelas maravilhas que tendes realizado em minha vida. Muitas vezes, pensei que este momento nunca chegaria...E chegada, me proporcionou este momento de vitória, resultado de um intensa caminhada.*

*Aos **meus familiares**, muito obrigada pelo apoio, pela paciência e pelo incentivo. Obrigada pelas orações, pela confiança e pelo amor a mim dedicado.*

*Ao **Luiz Henrique de Melo Tavares**, pelo companheirismo e dedicação, pela paciência, pelo amor e por me encorajar em todos os momentos.*

*Meus agradecimentos especiais à Pof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Denize Cristina de Oliveira**, que com a sua dedicação e solidez conduziu o meu aprendizado com muita habilidade e compreensão.*

*À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Ângela Maria La Cava de Souza**, ao prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> **Antônio Marcos Tosoli Gomes**, à prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Ivone Evangelista Cabral** e à prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Benedita Maria Rego Deusdará Rodrigues**, membros da Banca de Qualificação, pelas sugestões e orientações que apontaram para o desdobramento final do trabalho.*

*À **Fabíola** e **Renan**, pela dedicação, pelo apoio e disponibilidade a todo o momento.*

*Aos **colegas do Mestrado**, em especial **Noraísa** e **Márcia de Deus**, pelo estímulo e carinho.*

*Às minhas amigas **Fernanda Sá** e **Kátia Teixeira**, pelo incentivo e apoio sempre presente.*

Às amigas da maternidade **Andréa Portela, Márcia Caetano e Cláudia Dias**, pela convivência fraterna.

À **Juliana Cutri** pela sua dedicação e amizade.

À **Cláudia Mara de Melo Tavares**, que desde o início da minha trajetória me apoiou e orientou com sábias sugestões.

Aos **profissionais entrevistados** que contribuíram para a realização deste trabalho.

Às **crianças** que com sua delicadeza e alegria me conquistam diariamente, fazendo possível a minha realização profissional.

Agradeço a **todos** que de alguma maneira contribuíram para construção deste trabalho, minha gratidão e reconhecimento.

BRITTO, Patrícia Fernandes. **Seguimento do recém-nascido de alto risco**: um desafio à equipe de saúde e de enfermagem. 2006. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006. Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Denize Cristina de Oliveira.

### **RESUMO**

Esta pesquisa tem como objeto de estudo as representações sociais e as práticas de seguimento do recém-nascido de alto risco. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que objetivou analisar as representações sociais e as práticas de seguimento de recém-



BRITTO, Patrícia Fernandes. **Follow-up on the high-risk newborn**: a challenge to health and nursing teams. 2006. 170p. Master's thesis (M.Sc. Nursing – Nursing School. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006. Advisor: Prof. Denize Cristina de Oliveira, Ph.D.

### **ABSTRACT**

The objective of this research has is to study the social representations and follow-up practices on high-risk newborns. It is a descriptive essay, with qualitative approach, which aimed at the analysis of social representations and follow-up practices on high-risk infants on follow-up programs in Rio de Janeiro, RJ, Brazil. Specific objectives are defined as follows: to describe the social representations of the high-risk newborn by the nursing professionals; to describe the activities and procedures adopted on the follow-up programs on the high-risk new-born; to point out the specific qualities of the actions developed by the multidisciplinary team involved in the follow-up of the high-risk newborn; to discuss the nurses' performance on the follow-up of the high-risk newborn in the context of a multidisciplinary team. The theoretical framework was built upon the theory of Social Representations, conceived by Moscovici, who considers the representations as common sense theories conceived to explain aspects of our daily life. This research counted on 23 professionals on three multidisciplinary teams who carry out the follow-ups on ambulatory infant egresses from the Neonatal Intensive Therapy Unit. Structured interviews with those professionals were analyzed under the light of content-analysis techniques. Results of the analysis revealed 8 categories as follows: perception of the high-risk infant; objectives and significance of the follow-up; perception of the follow-up work; pedagogical activity on the follow-up; maternal attitudes and feelings in the face of the follow-up; client profile and the possibility of the follow-up; interdisciplinary work on the follow-up and nurses' participation on the follow-up. The results of this study reveal that the access to the researched services is limited to children born in maternities, and so making the attendance rendered on the high-risk infants limited to a small contingent. There is not a standardized follow-up attendance nor organization in its actions making it impossible to characterizing it as a program. There is also a deficit in the professional team both in qualification and quantity. As for the nurses, as members of the multidisciplinary team, do not have a defined role in the program of high-risk infant follow-ups as well. The conclusion is that, even considering the importance and the necessity of the follow-up on the high-risk newborn, the actions and the teams must be articulated so that the results can be extended to people in general.

Key words: high-risk infants, newborn, follow-up, nursing

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	09
<b>I. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	
I.1 Crescimento e Desenvolvimento: a criança sadia e a criança de risco	19
I.2 O Acompanhamento do Recém-Nascido Sadio	37
I.3 <i>Follow-up</i> do Recém-Nascido de Risco	47
I.4 O Cuidado de Enfermagem ao Recém-Nascido de Risco e no <i>Follow-up</i>	55
I.5 Representações Sociais e Práticas Profissionais	64
<b>II. ABORDAGEM METODOLÓGICA</b>	
II.1 Tipo de Estudo	71
II.2 Sujeitos de Estudo	72
II.3 Campo de Estudo	77
II.4 Coleta de Dados	86
II.5 Análise de Dados	87
II.6 Aspectos Éticos da Pesquisa	89
<b>III. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	
III.1 Perfil Geral da Análise	90
III.2 <i>Follow-Up</i> Visto pelos Profissionais de Saúde	94
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	146
<b>REFERÊNCIAS</b>	152
<b>APÊNDICES</b>	165

## INTRODUÇÃO

A minha trajetória profissional iniciou-se em setembro de 2001, com o término da graduação, e desde então passei a trabalhar com o que desejava, as crianças, realizando assim um sonho antigo. Logo após a graduação, iniciei na Residência no Hospital Naval Marcílio Dias, onde minha área específica era Materno-Infantil, o que me permitiu melhor compreender o significado de trabalhar com criança.

Nessa mesma época, fui aprovada em concurso público do município do Rio de Janeiro, sendo lotada em uma maternidade, mais especificamente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Ao observar, nesse serviço, o número de vezes que as crianças eram manipuladas, as diversas patologias e os tratamentos utilizados, começaram a surgir alguns questionamentos: Como serão essas crianças no futuro? Como as famílias convivem com complicações ocorridas? Como é realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças após a alta hospitalar? Como é a atuação da equipe multidisciplinar nesse acompanhamento, destacando as enfermeiras?

Quando iniciei meu trabalho na maternidade municipal participei da semana de humanização da assistência ao recém-nascido. Nesse evento, uma das palestras proferidas foi sobre o tema "*Follow-up* do recém-nascido de alto risco", na qual a palestrante destacou o desconhecimento das enfermeiras sobre a importância desse acompanhamento do recém-nascido de alto risco. Mediante o interesse que já tinha com o cuidado de recém-nascidos e das crianças em geral, essa afirmativa me fez refletir sobre o tema.

Foi a partir dessa motivação que, na residência em enfermagem, desenvolvi o trabalho de conclusão do curso sobre o *follow-up* do recém-nascido de alto risco, enfocando a inserção da enfermeira nesse serviço. Nesse trabalho observei que esse acompanhamento permite à Enfermagem avaliar e diagnosticar precocemente os desvios do crescimento e desenvolvimento, buscando intervenções que evitem danos futuros ao bebê.

Por ser um assunto atual, no qual a enfermagem possui um campo de atuação amplo, optei por continuar a estudar este tema no Mestrado, escolhendo

como meu objeto de estudo as representações sociais e as práticas de seguimento do recém-nascido de alto risco.

Esse objeto adquire relevância especialmente dentro de um contexto de saúde concebido como direito. Melo (2005, p.1) entende saúde como

um direito social, talvez mesmo como um conjunto formado por praticamente todos os direitos sociais, pois, além daquelas ações específicas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde, prestadas por um sistema especializado, ela envolve como seus determinantes também as condições de vida e de trabalho, ambientais, emocionais, enfim, todas as condições necessárias ao prosseguimento da vida com um mínimo de qualidade.

Deve-se considerar que a criança como cidadão tem direito à saúde e o Estado tem o dever de oferecer os meios para o alcance de boas condições de saúde. No Brasil, o fato mais marcante do reconhecimento crescente desses direitos foi a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído com a lei 8.069/90, substituindo o Código de Menores. Inspirado na Convenção dos Direitos da Criança de 1989, na Constituição de 1988 e em outras leis internacionais, passou a reger a totalidade dos assuntos referentes à infância e adolescência no país.

A Constituição Federal de 1988 promoveu a fundamentação necessária para o nascimento dessa legislação mais avançada, principalmente através de seu Artigo 227 que deixava claro que "é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Observamos como consenso entre diversos autores que o avanço tecnológico na neonatologia diminuiu a mortalidade, mas muitas crianças que sobrevivem podem ficar com seqüelas. Ocorre então a necessidade de um programa específico para a realização do acompanhamento diferenciado dessas crianças.

Mancini (2002, p.2) afirma que devido ao

aumento na expectativa de sobrevivência de recém-nascidos pré-termos, com idade gestacional inferior a 37 semanas e com peso ao nascimento menor ou igual a 2500g, tem sido atribuídos a melhora dos cuidados neonatais. A literatura relata que o índice mundial de recém-nascidos com baixo peso varia de 6 a 11%. No Brasil, de acordo com dados apresentados na 5ª Jornada Materno-Infantil (1998) a taxa de nascimento pré-termo representa 11% dos nascimentos. Neste grupo de neonatos, observa-se aumento na incidência de distúrbios neuromotores entre os sobreviventes, o que tem estimulado o surgimento de programas de acompanhamento destas crianças, que são consideradas de risco para distúrbios ou atraso no desenvolvimento.

Mas o objeto de estudo escolhido para esta pesquisa também apresenta uma faceta clínica, o que exige definir o recém-nascido de alto risco. Kenner (2001, p.158) diz que

o recém-nascido de alto risco é aquele que tem maior chance de morrer durante ou logo após o parto ou que tem um problema congênito ou perinatal que necessita de intervenção imediata. À medida que a medicina continua a desenvolver mais tratamentos para problemas perinatais, muitos recém-nascidos de alto risco, que no passado teriam morrido algumas horas ou dias após o nascimento hoje sobrevivem; muitos têm poucos ou nenhum efeito residual da crise que marcou as primeiras horas após o nascimento.

Lima (1998) relaciona recém-nascido de alto risco com a gestação de alto risco. Refere que inúmeros fatores predisõem o feto à letalidade, como transtorno obstétrico, doença materna e desnutrição. Nesses casos, os fetos poderão apresentar lesões precoces ou tardias, oferecendo perigos que poderão culminar com a morte do recém-nascido, o que exige um tratamento especial.

Corrêa (1995) considera recém-nascido de alto risco as crianças que apresentam uma das seguintes características: pré-termo; com peso de nascimento igual ou inferior a 1500g; idade gestacional igual ou inferior a 32 semanas; ao nascimento apresentando asfixia severa (Apgar mais ou menos 4 aos 5 minutos); pequena para a idade gestacional de dois desvios padrões; convulsões neonatais; comportamento neurológico anormal; hemorragia intracraniana; meningite; enterocolite necrotizante; displasia broncopulmonar; uso de assistência ventilatória por mais de três dias; oxigenioterapia com fluxo de oxigênio por mais de cinco dias; episódios repetidos de apnéia; hipoglicemia sintomática; parada cardiorrespiratória; hiperbilirrubenemia; policitemia sintomática; hipertensão pulmonar persistente;

gemelaridade (se um gemelar tem peso inferior a 1750g); problemas nutricionais e infecção congênita.

Através desses conceitos de recém-nascido de alto risco, podemos perceber as suas particularidades, bem como a necessidade de um acompanhamento especializado para estas crianças, especialmente se considerarmos que a saúde não é somente a ausência de doenças e sim um conjunto de fatores que influenciam direta ou indiretamente a qualidade de vida. Nesse contexto, devemos destacar a importância do acompanhamento dessas crianças que passaram por condições adversas no início da vida, tornando-se mais vulneráveis a distúrbios no seu crescimento e desenvolvimento.

Esse acompanhamento específico dos recém-nascidos de alto risco é conhecido como *follow-up*. De acordo com o pequeno dicionário Michaelis, Bárbara (1989, p.126) define que "*follow-up* é seguimento, perseguição, seguir, suceder no lugar de alguém, resultar de, seguir-se, deduzir-se, continuar, servir atender, observar, imitar, perseguir, visar...".

Na área da saúde, *follow-up* do recém-nascido de alto risco é considerado como o acompanhamento multidisciplinar, realizado após a alta hospitalar, do recém nascido que permaneceu por um período internado em uma unidade de terapia intensiva, unidade intermediária e/ou alojamento conjunto. Esse acompanhamento reveste-se de particularidades, havendo necessidade de um olhar diferenciado na monitorização do crescimento e do desenvolvimento dessas crianças, visando a sua qualidade de vida e da família.

A área médica, por sua vez, já incorporou o tema da qualidade de vida nas suas práticas profissionais, utilizando a expressão qualidade de vida em saúde. Quando esse campo se apropria do termo, porém, o utiliza dentro do referencial da clínica, para designar o movimento em que, a partir de situações de lesões físicas ou biológicas, são oferecidas indicações técnicas para melhoria das condições de vida dos enfermos. (MINAYO, 2000)

Qualidade de vida, para Minayo (2000, p.1)

é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-

estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

A esse respeito, Buss (2000, p.1) propõe que

Existem evidências científicas abundantes que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Da mesma forma, é sabido que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

Barbosa (1990) refere que o *follow-up* é uma experiência pioneira que vem sendo desenvolvida com o principal objetivo de conscientizar os profissionais de saúde, principalmente os que atuam com crianças, da importância do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. Existem muitas razões para justificar a necessidade dos programas de *follow-up* de recém-nascidos de alto risco, podendo ser destacadas: identificação precoce dos desvios do desenvolvimento, suporte familiar, treinamento e avaliação do cuidado intensivo neonatal, entre outras.

Magalhães (2003) relata que os objetivos do acompanhamento são: detectar precocemente possíveis desvios ou atrasos no desenvolvimento, orientar os pais sobre as características da criança pré-termo, ensinar princípios básicos de estimulação do desenvolvimento infantil e coletar dados sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças acompanhadas. O acompanhamento permite, portanto, avaliar e diagnosticar precocemente possíveis desvios ou atrasos no crescimento e no desenvolvimento, buscando condutas terapêuticas que previnam seqüelas e que evitem maiores danos futuros.

Os serviços especializados de *follow-up* visam à promoção da saúde das crianças consideradas de risco ao nascimento, pois o desenvolvimento neuropsicomotor infantil é um aspecto importante do desenvolvimento global.

Para Mancini (2002, p.2),

As aquisições motoras no primeiro ano de vida são fatores relevantes no prognóstico do desenvolvimento global da criança, pois o período compreendido entre o nascimento e o final do primeiro ano de vida é considerado como um dos mais críticos no desenvolvimento infantil.

Discutindo o problema, Barbosa (1990, p.IV) afirma que

A detecção mais precoce dos desvios permite que se possa orientar a mãe ou iniciar atendimento em tempo hábil, facilitando a ação terapêutica, podendo-se evitar a instalação de problemas secundários ao problema primário. Permitindo que essa criança tenha maior chance de uma vida melhor, e que assim se justifique mais amplamente a necessidade do desenvolvimento tecnológico.

De acordo com Carvalho (2001), crianças de risco tem sido alvo de constante



Moysés (2004, p.10) diz que

A saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, nem tampouco pelo setor da saúde no seu senso estrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais. Pode ser entendida, então, como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis.

Outro aspecto importante para o sucesso desse acompanhamento é a faceta simbólica implicada no mesmo, ou seja, as formas como os profissionais representam a criança de risco e o seu acompanhamento, uma vez que é através dessa representação que os profissionais constroem suas explicações sobre o mundo que os cerca, atribuindo significados ao mesmo, e, assim, estruturando as suas práticas.

Neste estudo, a partir da compreensão das representações sociais, concebidas como conhecimento do senso comum, é possível explorar aspectos para explicar a vida cotidiana e as suas práticas. Moscovici (1978, p.69) considera que

Por representações sociais designamos um conjunto de conceitos, enunciados e explicações originado na vida cotidiana. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e aos sistemas de crença das sociedades tradicionais; poder-se-ia mesmo considerá-las como versão contemporânea do senso comum.

Jodelet (2001, p.50) define que a representação social é

... um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objeto ou a uma situação. É determinado ao mesmo tempo pela história, pela vivência do próprio sujeito, pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema.

Segundo Moscovici (1978), representações sociais são o sistema de valores, noções e práticas que proporcionam aos indivíduos os meios para orientar-se no contexto social e material, um corpo organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças à qual os homens tornam inteligíveis a realidade física e social.

Uma função importante das representações sociais refere-se a sua potencialidade de orientadoras das práticas sociais, o que implica que as práticas podem ser analisadas a partir das representações que lhes dão suporte, como se optou neste trabalho.

Através dos serviços de *follow-up*, os profissionais de saúde podem desenvolver a prevenção da doença e a promoção da saúde. Blank (2003, p.4) nos diz que

o caminho é a integração do médico com outros profissionais na

pediatria de desenvolvimento), pediatra, enfermeira, assistente social e psicóloga. A equipe de consultores especializados de retaguarda são: neurologistas, fisiatras, oftalmologistas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

A enfermagem, através do seu objeto de trabalho que é o cuidar, pode desenvolver atividades que visam à prevenção e à promoção da saúde, uma vez que as atividades desenvolvidas são voltadas tanto para a identificação de danos, quanto para a prevenção de seqüelas, além das práticas de educação em saúde. Conforme menciona Barbosa (1990, p.3), a enfermeira tem como atribuições no programa de *follow-up* "estabelecer o elo entre a instituição e a família; orientar quanto aos cuidados básicos; e realizar a avaliação geral do desenvolvimento".

A partir da avaliação dos cuidados a serem realizados com o recém-nascido e com a família, a enfermeira pode experimentar o desenvolvimento do pensamento crítico, priorizando o atendimento e assim proporcionando qualidade. (VERHY, 1999) Os pais, quando conseguem compreender as reais necessidades dos seus filhos, promovem um fortalecimento do elo afetivo, vital para que este recém-nascido mantenha uma boa qualidade de vida. (GAMARRA, 2000)

Ao desenvolver as suas atividades, a enfermeira tem que valorizar os conhecimentos, as atitudes, a cultura e as crenças de cada indivíduo, para construir o cuidar de acordo com as particularidades de cada sujeito e do grupo familiar. Na literatura internacional, há um rico conteúdo de trabalhos sobre o acompanhamento e a estimulação infantil. No entanto, no Brasil, ainda são poucas as pesquisas desenvolvidas nessa área, bem como os centros que realizam o acompanhamento sistemático de crianças pré-termo ou de risco.

O seguimento do recém-nascido de alto risco é um tema ainda pouco discutido, até mesmo nas salas de aula das faculdades de enfermagem. Pela importância e atualidade do tema, acreditamos que ele deveria receber maior destaque, além de estudos que permitissem uma melhor compreensão das contribuições da enfermeira nesse processo.

Acreditamos que as enfermeiras e os demais profissionais devam despertar para a importância de discutir, refletir e questionar o posicionamento profissional

diante de assuntos novos, como o aqui estudado, permitindo o crescimento profissional, para fazer-se respeitado e valorizado.

A partir das considerações delineadas, este trabalho tem como objetivo geral, analisar as representações sociais e as práticas de seguimento de crianças de alto risco, em programas de *follow-up* no município do Rio de Janeiro. Como objetivos específicos foram definidos: descrever as representações sociais dos profissionais sobre o recém-nascido de alto risco; descrever as atividades e os procedimentos adotados pelos programas de seguimento do recém-nascido de alto risco; caracterizar as ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar que atua no seguimento do recém-nascido de alto risco; discutir a atuação das enfermeiras no seguimento do recém-nascido de alto risco, no contexto da equipe multidisciplinar.

## **I. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **I. 1 Crescimento e Desenvolvimento: a criança sadia e a criança de risco**

Este capítulo se destina a descrever o crescimento e o desenvolvimento da criança sadia e de risco, para melhor compreensão de suas características e particularidades.

Quanto à terminologia, crescimento e desenvolvimento correspondem a fenômenos distintos, embora intimamente relacionados. Neste contexto, Lima (1998, p.234) define que "o crescimento é o aumento de massa, que se consegue porque as células incorporam substâncias e aumentam o seu tamanho." O autor ainda define que "desenvolvimento é diferenciação, é aquisição de funções, e se consegue através do tempo".

Marcondes (1978, p.45) refere que

Crescimento significa aumento físico do corpo, como um todo ou em suas partes, e pode ser medido em termos de centímetros ou de gramas. Traduz aumento de tamanho das células (hipertrofia) ou aumento de seu número (hiperplasia). Desenvolvimento significa

exigem abordagens diferentes e específicas para a sua percepção, descrição e avaliação”.

Ao observar a criança, é necessário considerar que esta também faz parte de uma família com seus costumes e cultura, suas condições socioeconômicas e suas heranças genéticas. São fatores que exercem influência significativa no crescimento e no desenvolvimento de uma criança, considerando-se a sua individualidade.

### **A Criança Sadia**

Para uma melhor visualização do crescimento e desenvolvimento normal, vamos nos deter, neste momento, em seus parâmetros e características, uma vez que permitem avaliar os danos que podem sofrer as crianças quando não conseguem nascer a termo, que corresponde de 37 a 42 semanas de gestação.

Por ser o crescimento e o desenvolvimento processos que se iniciam na concepção, surge a importância do monitoramento durante o crescimento intra-uterino. Pode-se identificar distintos períodos no crescimento e desenvolvimento intra-uterino: da concepção até o 4º mês de gestação, é caracterizado pela organogênese; entre o 4º e 7º meses de gestação, se caracteriza pelo aumento do comprimento fetal e pelo rápido desenvolvimento cerebral; no 8º e 9º meses, ocorre um aumento de tecido adiposo, havendo um grande ganho ponderal, ocorrendo também aumento no comprimento e crescimento cerebral.

No crescimento fetal, uma célula se transforma em um organismo complexo, composto por bilhões de células. Nesse período, o crescimento é maior quando comparado com os outros períodos da vida. Ainda nesse período, o crescimento está intimamente relacionado com o fluxo sanguíneo uteroplacentário e com o tamanho do útero. Os hormônios de crescimento e tireodiano têm uma pequena influência na vida intra-uterina (LIMA, 1998).

Marcondes (1978) menciona existir diversos fatores, podendo ser de origem externa ou interna ao organismo, que determinam o crescimento físico, tais como: herança genética, influências neuroendócrinas, fatores ambientais e fatores nutricionais.

A herança genética é a propriedade dos seres vivos de transmitirem suas características aos seus descendentes. Todas as características dos indivíduos

estão na dependência dos genes herdados, incluindo o crescimento e o desenvolvimento. Para que estes se realizem é necessária a presença de fatores estimulantes e reguladores, mas a resposta está qualitativamente e quantitativamente predeterminada pelos fatores genéticos;

As influências neuroendócrinas consistem em que os sistemas nervoso e endócrino interagem de maneira complexa. O cérebro, principalmente via hipotálamo, regula a secreção de hormônios que por sua vez agirão retroativamente sobre o encéfalo modificando a sua atividade;

Os fatores ambientais podem ser divididos em pré-natais e pós-natais. No período pré-natal ocorre a multiplicação celular, que pode ser variadamente modificada pelos fatores ambientais. Entre a concepção e o nascimento, o organismo pode ser injuriado por um grande número de fatores como: nutricionais, mecânicos, endócrinos, irradiações, infecciosos, imunitários, placentários e drogas

(PN) em torno de 3.300; peso aos mais ou menos 5 meses corresponde ao PNx2; peso aos mais ou menos 1 ano é PNx3 e o peso aos mais ou menos 2 anos é de aproximadamente PNx4. O ganho ponderal anual de 2 a 3 anos deve ser igual a 1.800 a 2.000 gramas por ano; de 3 a 4 anos de 1.800g por ano; de 4 a 5 anos de 1.650g por ano e de 5 a 7 anos de 1.500g por ano.

Outra forma de avaliar o crescimento é através da estatura, índice mais fidedigno, visto que devido a agravos a criança pode ter perda ponderal, mas não ocorrerá diminuição da estatura. Schmitz (2000) refere que o ganho de estatural de 0 a 3 meses é de 3cm por mês; de 3 a 6 meses é igual a 2cm por mês; de 6 meses a 1 ano é de 1 a 1,5cm por mês; de 1 e 2 anos é de 1cm por mês e entre 2 a 4 anos é de 0,75cm por mês. A estimativa da estatura ao nascimento é de 50cm; com 1 ano de 75cm; aos 2 anos de 82cm; aos 3 anos de 91cm e aos 4 anos de 1m.

Na medição do perímetro craniano (Pc), leva-se em consideração o cérebro do bebê que está se desenvolvendo. O controle da evolução do perímetro craniano tem por objetivo detectar anomalia cerebral em desenvolvimento. Segundo Schmitz (2000), os valores do crescimento do Pc são: ao nascer 35cm; no 1º trimestre +5cm; no 2ª trimestre +5cm; no 3º trimestre +2cm e no 4º trimestre +1cm. A estimativa do perímetro craniano aos 12 meses é de 47cm; aos 18 meses é de 48cm; aos 2 anos é de 49cm; aos 13 anos de 50cm e na idade adulta de 57cm.

A medida do perímetro torácico (Pt), na mudança de sua relação com o perímetro craniano (Pc), é assim esperada: até 6 meses Pc é superior a Pt; cerca de 6 meses Pc igual a Pt, e em torno dos 9 meses Pc é inferior a Pt. (SCHMITZ, 2000)

Outro ponto importante a ser observado são as proporções do corpo. No nascimento, o segmento inferior é muito curto, representando cerca do terço do tamanho do corpo, depois este se alonga progressivamente.

Ainda podemos destacar a maturação e a calcificação dos ossos e a dentição como fatores que também auxiliam a determinar o padrão de crescimento de uma criança.

Schmitz (2000, p.7) descreve que

A ossificação dos ossos, também chamada de calcificação, começa no quinto mês de vida fetal e se desenvolve de modo regular até o fim da adolescência. Efetua-se a partir de pontos de ossificação: a)



no centro do osso; b) no centro e nas extremidades dos ossos longos.

Ainda de acordo com a autora, o maior ponto de ossificação ocorre por volta dos 12-13 anos de idade, enquanto as suturas cartilágeno-epifisárias se completam no período de 13 a 18 anos, marcando o fim do crescimento.

O desenvolvimento, por seu turno, é o resultado da interação contínua entre os potenciais biológicos e genético e as condições ambientais, sendo influenciado por aspectos psicossociais, culturais e econômicos. (SILVA, 1994)

De acordo com o Ministério da Saúde (2002, p.73),

Nas últimas décadas, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança tem crescido em todo o mundo como resultado do aumento constante da sobrevivência infantil e do reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias nesse período exerce efeitos duradouros na constituição do ser humano.

A definição de desenvolvimento comporta grande diversidade conceitual, de acordo com a área de especialidade na qual é formulada, sendo apropriada pelos profissionais de saúde também de formas bastante diversas, pois os profissionais pensam baseados não apenas no conhecimento científico, mas também na sua vivência profissional. O Ministério da Saúde (2002) diz que os profissionais devem atentar para não desviar a atenção do que é essencial: conhecer o desenvolvimento normal e suas variações para que se possam oferecer orientações à família, e em caso de necessidade fazer o encaminhamento para diagnóstico e intervenção, o mais precoce possível.

Para Anthikad (2005, p.20), o desenvolvimento

refere-se a uma série progressiva de mudanças que ocorrem em um padrão ordenado e previsível, como resultado da maturação e da experiência. O ser humano nunca é estático. Desde sua concepção até a morte, ocorrem mudanças em suas aptidões físicas e psicológicas. As aptidões, os interesses e a personalidade do indivíduo mudam com o passar do tempo. Sua capacidade de pensar, falar e resolver problemas se desenvolve com o passar dos anos.

No desenvolvimento da criança, esta apresenta características próprias para a idade. Piaget apud Bock (1989), através de seus estudos, demonstra que existem particularidades, de acordo com a faixa etária, nas formas de perceber, compreender e se comportar diante do mundo. Existe uma assimilação progressiva do meio ambiente que implica uma acomodação das estruturas mentais e este novo dado do mundo exterior.

Como menciona Bock (1989, p.74)

Estudar o desenvolvimento humano significa conhecer as características comuns de uma faixa etária, o que permite reconhecer as individualidades. E, isto nos torna mais aptos para a observação e interpretação dos comportamentos.

Ainda de acordo com esse autor, vários fatores influenciam o desenvolvimento humano. São eles: hereditariedade; a carga genética estabelece o potencial do indivíduo, que pode ou não desenvolver-se, e que sofre influências do meio em que se encontra; crescimento orgânico; refere-se ao aspecto físico; maturação neurofisiológica; é o que torna possível determinado padrão de comportamento; meio ambiente; refere-se ao conjunto de influências e estimulações ambientais que alteram os padrões de comportamento do indivíduo (BOCK, 1989).

A partir das concepções de Piaget, o desenvolvimento cognitivo humano ocorre em vários períodos: 1º período, conhecido como sensório-motor, que vai de 0 a 2 anos de idade; 2º período denominado de pré-operatório, compreende de 2 a 7 anos; 3º período chama-se operações concretas, de 7 a 11 ou 12 anos; 4º período é o de operações formais de 11 ou 12 anos em diante. Cada período é caracterizado por aquilo que melhor o indivíduo consegue fazer, de acordo com a faixa etária. O início e o término de cada período dependem das características biológicas do indivíduo, educacionais e sociais. Portanto, a divisão nessas faixas é uma referência e não uma norma rígida. (BOCK, 1989)

No período sensório-motor, que corresponde ao recém-nascido e ao lactente, na faixa etária de 0 a 2 anos de idade, a criança conquista, através da percepção e dos movimentos, todo o universo que o cerca. (BOCK, 1989)

Para Rappaport (1981, p. 67),

O período de bebê é sem dúvida bastante complexa do ponto de vista do desenvolvimento, pois nele irá ocorrer a organização psicológica básica em todos os aspectos (perceptivo, motor, intelectual, afetivo, social). Do ponto de vista do autoconhecimento, o bebê irá explorar seu próprio corpo, conhecer os seus vários

motores formados na fase anterior, inicia a capacidade de representar uma coisa por outra, ou seja, formar esquemas simbólicos. (RAPPAPORT, 1981) Este jogo simbólico significa a transformação do real em função de seus desejos e fantasias. Como decorrência do aparecimento da linguagem, surge o pensamento.

A maturação neurofisiológica, neste período, completa-se permitindo o desenvolvimento de novas habilidades como: pegar pequenos objetos como as pontas dos dedos, segurar o lápis corretamente e conseguir fazer delicados movimentos exigidos pela escrita. (BOCK, 1989)

O período das operações concretas ou a infância propriamente dita, corresponde à faixa etária de 7 a 11-12 anos de idade. Para Bock (1989, p.80) "o desenvolvimento mental, caracterizado no período anterior pelo egocentrismo intelectual e social, é superado neste período pelo início da construção lógica."

De acordo Rappaport (1981, p.72), a criança, neste período, "terá um conhecimento real, correto e adequado de objetos e situações de realidade externa, e poderá trabalhar com elas de modo lógico." Neste período surge uma nova capacidade mental, as operações, ela consegue realizar uma ação física ou mental dirigida para um fim (objeto) e revertê-la para o seu início. Exemplificando, a criança monta um quebra-cabeça, erra, descobre o erro, consegue corrigir e chegar ao fim. (BOCK, 1989)

No aspecto afetivo, ocorre o aparecimento da vontade como qualidade superior. A criança adquire uma autonomia em relação ao adulto, passando a organizar seus próprios valores morais. Os novos sentimentos morais são: o respeito mútuo, a honestidade, o companherismo e a justiça (RAPPAPORT, 1981). O sentimento de pertencer ao grupo de colegas se torna mais forte. No início do período escolhem os amigos indiferentemente do sexo, já no final do período a grupalização com o sexo oposto diminui (BOCK, 1989).

Rappaport (1981, p.74) afirma que

Assim, vemos uma criança que caminha lenta, mas decisivamente, de um estado de indiferenciação, de desorganização do pensamento e de autocentralização, para uma compreensão lógica e adequada da realidade que lhe permite o perceber-se como um indivíduo entre outros, como um elemento de um universo que pouco passa a estruturar pela razão.

O período das operações formais ou a adolescência situa-se a partir de 11 ou 12 anos em diante. Neste período, ocorre a passagem para o pensamento formal, abstrato, o jovem agora é capaz de conceituar termos como amor, fantasia, justiça, democracia. (RAPPAPORT, 1981)

Para Rappaport (1981, p.74),

Estas e outras aquisições são responsáveis em grande parte pelas mudanças que ocorrem no comportamento do adolescente, ajudando-o, inclusive, no que considera a problemática básica da adolescência, qual seja, a busca da identidade da autonomia pessoal.

Nas suas relações sociais ocorre o processo caracterizado pela fase de interiorização em que, aparentemente, o jovem se mostra anti-social (BOCK, 1989).

Bock (1989, p.85) refere que "os interesses do adolescente são diversos e mutáveis, sendo que a estabilidade chega com a proximidade da identidade adulta."

## **A Criança de Risco**

Conforme Whaley (1997, p.200), ao discutir as particularidades do recém-nascido de alto risco, define que

Sendo um bebê, a despeito da idade gestacional ou de peso de nascimento, que corre risco mais alto que a média de morbidade e mortalidade em decorrência de distúrbios ou circunstâncias superpostas ao curso normal de eventos associados com o nascimento e ajustamento à existência intra-uterina. Os recém-nascidos de alto risco frequentemente são classificados de acordo com o peso no nascimento, idade gestacional e problemas fisiopatológicos predominantes.

Os períodos precoces da vida intra-uterina, peri, pós-natal e no primeiro ano de vida têm merecido atenção dos pesquisadores, por serem capazes de trazer informações úteis para o entendimento de futuras alterações do desenvolvimento da criança. (OLHWEILER, 2005)

Muitos fatores estão relacionados com o crescimento intra-uterino deficiente, que estão classificados em: fatores de origem fetal e fatores de origem materna ou placentária. No entanto, os fatores de risco têm também causas socioeconômicas e

podem ser prevenidas com uma boa cobertura por parte dos serviços de saúde e controle do pré-natal.

Silva (1994) relata que no fator de origem fetal são mantidos os aportes nutricionais normais ao feto, mas seu potencial de crescimento é reduzido, levando a retardo do crescimento. Esses problemas normalmente são devido a infecções e malformações congênitas graves.

Segundo Silva (1994, p.28)

Os fatores de origem materna ou placentária atuam sobre o feto que possui o potencial de crescimento normal, mas devido a desnutrição materna ou a um distúrbio do transporte pela placenta, o fornecimento de elementos nutritivos está diminuído. Esses fatores são muito mais freqüentes que os de origem fetal e a eles geralmente se associa uma insuficiência placentária no último trimestre de gravidez.

Para Freitas (2004, p.2) “O processo do crescimento durante o primeiro ano de vida é altamente vulnerável a múltiplos fatores que podem prejudicá-lo, o que torna necessário seu conhecimento rigoroso.”

Dependendo do crescimento intra-uterino, deve-se considerar a proporcionalidade entre peso e idade, classificando os neonatos como: recém-nascido adequado para idade gestacional (AIG), recém-nascido pequeno para a idade gestacional (PIG) e recém-nascido grande para a idade gestacional (GIG) (TAMEZ, 2002).

Corrêa (1995) define recém-nascido prematuro, segundo a Academia Americana de Pediatria, como todo recém-nascido com idade gestacional de até 37 semanas completas a partir do primeiro dia do último período menstrual materno.

O autor ainda define recém-nascido prematuro, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, sendo prematura toda criança nascida antes de 37 semanas de gestação.

Apesar de toda criança com peso de nascimento inferior a 2.500g ser considerada de risco, o bebê prematuro cujo peso é adequado para a idade gestacional tem melhor prognóstico, especialmente aqueles que vivem em condições ambientais favoráveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Segundo o Ministério da Saúde (2002, p.19)

O indicador que melhor retrata o que ocorre durante a fase fetal é o peso do nascimento da criança. Peso ao nascer menor que 2.500g podem ser decorrentes de prematuridade e/ou déficit de crescimento intra-uterino. Recém-nascido com menos de 2.500g são classificados, genericamente, como de baixo peso ao nascer.

O Ministério da Saúde (2002) recomenda que toda criança com história de baixo peso ao nascimento deve ser considerada de risco nutricional, tendo de ser acompanhada com maior assiduidade, principalmente no primeiro ano de vida.

De acordo com Carvalho (2001), a importância de peso ao nascimento, assim como da idade gestacional, na previsão de problemas em recém-nascidos, se justifica pelo papel relevante que estes desempenham na maturidade de vários sistemas em crianças nascidas pré-termo. Portanto, peso de nascimento e idade gestacional são variáveis inter-relacionadas e possíveis desvios de qualquer um dos parâmetros para fora da faixa de normalidade resultarão em aumento da morbidade neonatal.

A autora, para melhor classificação dos recém-nascidos em relação à variável peso de nascimento, adota a seguinte definição: recém-nascido de muito baixo peso (<1500g), recém-nascido de baixo peso (<2500g) e recém-nascido com peso acima de 2500g. Com relação à idade gestacional, a autora a descreve como: nascimento pré-termo (até a 37ª semana de gestação), nascimento a termo (entre a 38ª e 42ª semanas de gestação) e nascimento pós-termo (após 42ª semana de gestação).

Atualmente existem estudos que comprovam que a idade gestacional e o peso ao nascer interferem no desenvolvimento do recém-nascido. Mancini (2002) nos revela que as crianças do grupo de baixo peso apresentam tônus mais baixo e pobre desempenho motor grosseiro, com atraso no desenvolvimento postural e no controle da cabeça. Os pré-termos também apresentam tônus muscular mais baixo, pobre controle postural e reflexos primitivos menos evidentes.

Olhweiler (2005) descreve que os reflexos primitivos sofrem influência da maturação biológica e das experiências ambientais.

Silva (1994) define dois tipos de retardo do crescimento intra-uterino ou para os IUGR: o primeiro é o tipo IUGR proporcional ou simétrico, que ocorre devido a desnutrição crônica, afetando de forma direta no peso e no comprimento do recém-nascido desde o primeiro trimestre de gravidez. São crianças que nascem pequenas, mas com proporções idênticas aos parâmetros de normalidade. E o segundo tipo é o IUGR desproporcional ou assimétrico, que recebe influências no terceiro trimestre, período em que ocorre um aumento de peso superior ao comprimento, o feto então utiliza suas reservas de gordura gerando uma perda de peso com manutenção do comprimento e do perímetro cefálico dentro da normalidade.

Silva (1994, p.29) afirma que

As crianças prematuras possuem padrão próprio de crescimento e este é classificado em quatro fases, que variam de dias a semanas, em função de diversas condições como idade gestacional e a duração da doença inicial. Este conhecimento nos ajuda a identificar a fase de crescimento de determinada criança e o padrão esperado para o seu crescimento.

A seguir descreveremos as fases do crescimento do recém-nascido de alto risco, que normalmente são utilizadas para o seu acompanhamento, conforme descreve Barbosa (1990).



A fase 3 se caracteriza por um crescimento acelerado, cuja velocidade é maior que a das crianças nascidas a termo. Os prematuros extremos ou aqueles com problemas clínicos crônicos vão exibir esta fase de maior duração, porém com velocidade menor.

Na fase 4 observa-se o equilíbrio caracterizado por uma velocidade de crescimento igual àquela da criança a termo.

Mancini (2002, p.3) afirma que

Grande parte da literatura sobre o desenvolvimento de crianças pré-termo tem centrado suas investigações na relação entre fatores de risco ao nascimento e componentes neuromotores de desenvolvimento. Os resultados destes estudos têm revelado que crianças nascidas pré-termo e com baixo peso ao nascer diferem daquelas nascidas a termo e com peso adequado, em relação ao tônus muscular, reflexos primitivos e reações posturais, principalmente nos primeiros anos de vida.

Devido às particularidades do recém-nascido pré-termo, é considerada fundamental uma visão diferenciada que perceba as necessidades imediatas, podendo prevenir seqüelas futuras e a realização da promoção da saúde.

Para Magalhães (2003, p.2),

Parece evidente que quanto maior o número de fatores de risco (peso baixo do esperado para a idade, intercorrências clínicas e longa permanência no cuidado intensivo neonatal), maiores serão as chances de a criança vir apresentar seqüelas neurológicas e cognitivas, mas esta relação nem sempre é direta. Sabe-se também, que na ausência de sinais severos, como paralisia cerebral e retardo mental, um número significativo de crianças com história de prematuridade vem a apresentar sinais de distúrbio de aprendizagem, dificuldades de linguagem, problemas de comportamento, déficits na coordenação motora e a percepção visoespacial na idade escolar.

Estudos recentes revelam que as diferenças no desempenho motor de crianças pré-termo e a termo são observadas não só no que se refere aos componentes neuromotores, mas também na qualidade da função motora. A observação sistemática da qualidade dos movimentos espontâneos de crianças de risco é fator importante na identificação precoce de disfunções do desenvolvimento. (MANCINI, 2002)

Esse fato associado às particularidades do crescimento e do desenvolvimento das crianças prematuras ou PIG faz com que o seu acompanhamento seja mais complexo, necessitando de procedimentos mais rigorosos do que nos casos de crianças que nasceram sem intercorrências ou a termo.

Olhweiler (2005, p.4) diz que "há um caráter evolutivo do exame neurológico do recém-nascido que faz com que seja necessária a divisão de achados por idades chaves." Para isso, ainda refere que vários estudos têm demonstrado a importância do uso da idade corrigida ao se estudar o desenvolvimento neuropsicomotor dos prematuros.

Para Barbosa (1990, p. 4),

Todas as crianças são examinadas na sua idade corrigida (idade corrigida é a idade pós-natal menos o número de semanas que faltou entre o seu nascimento prematuro e o referencial de 40 semanas - diferença entre 40 semanas e a idade gestacional).

Para a avaliação do crescimento e desenvolvimento nos primeiros 2 a 3 anos de idade, deve-se corrigir a idade cronológica em função do grau de prematuridade. Nesse aspecto, Rugolo (2005, p.3) diz que

A correção da idade corrigida cronológica em função da prematuridade é fundamental para o correto diagnóstico do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, pois, para um prematuro de 28 semanas, não utilizar a idade corrigida aos 2 anos implica em 12% de diferença em seu desempenho nos testes de desenvolvimento, o que é suficiente para erroneamente classificá-lo como anormal. Para os prematuros de extremo baixo peso e menores que 28 semanas, recomenda-se corrigir a idade até os 3 anos.

Barbosa (1990) conclui que o manejo do crescimento da criança de risco envolve três fatores: o conhecimento da história clínica pregressa, medidas freqüentes e seriadas de peso, o comprimento e perímetro cefálico e a interpretação dessas informações em relação à população infantil normal.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2002, p.73),

Do ponto de vista biológico, o desenvolvimento neurológico inicia-se desde a concepção. As interações do indivíduo com o seu meio ambiente modelam, ao longo de sua vida (incluindo a intra-uterina)

tanto a estrutura como o funcionamento do seu Sistema Nervoso Central - o qual por sua vez, cresce e se desenvolve com grande velocidade, nos primeiros anos de vida.

Na avaliação do desenvolvimento de uma criança de alto risco, o conhecimento dos parâmetros normais vai permitir a detecção dos possíveis desvios e a intervenção precoce recomendada. O Ministério da Saúde (2002, p.74) preconiza que, nos serviços de saúde,

A equipe deverá conhecer os aspectos mais relevantes do desenvolvimento e estar preparada para fazer algumas intervenções, se necessário, mas principalmente identificar com clareza aquelas crianças que devem ser referida para tratamento especializado.

Olhweiler (2005, p.2) ressaltam que "o desenvolvimento da criança do ponto de vista neuropsicosensorial e motor depende do processo de maturação do sistema nervoso central (SNC), principalmente no primeiro ano de vida."

Lefevrev e Dament (apud OLHWEILER, 2005, p.2) demonstram que

o processo de maturação está relacionado com o grau de mielinização, arborização e formação de sinapses das células nervosas no sistema nervoso central, que aos poucos vão inibindo as atividades reflexas primitivas, passando por uma fase de transição e, por último, assumindo o comando voluntário dessas atividades, que somente permanecerão em condições patológicas nos pacientes com lesão cerebral.

Quanto à avaliação, SILVA (1994) refere que, independente da idade, a criança deve ser observada em tantas situações diferentes quanto possíveis: no colo da mãe ou livremente, ainda vestida, quando está sendo alimentada, entre outras. A criança deve ser avaliada nas seguintes posturas: supino (decúbito dorsal), prono (decúbito ventral), lateral, suspensão ventral, puxado para sentar, sentado, de pé e nas mudanças de postura.

Silva (1994, p.41) descreve alguns sinais de alerta que são sugestivos de disfunção neuromotora:

comportamento estereotipado - pobreza de movimentos ou movimento excessivo e desorganizado; irritabilidade ou choro extremo; controle e alinhamentos pobre de cabeça depois dos três meses de idade; persistente elevação da cintura escapular - protração (ombros para frente) ou retração escapular; hiperextensão

da cabeça e pescoço; usa somente um lado do corpo ou apenas os braços para se arrastar; hipotonia; hipertonia; extensão incompleta do quadril; mãos persistentemente fechadas em pronação e rotação internados dos braços e dificuldades de alimentação.

As disfunções neuromotoras podem ser indicativas de paralisia cerebral, também conhecida como encefalopatia crônica não progressiva da infância. De acordo com estudos recentes, observou-se um aumento nos casos de paralisia cerebral, principalmente em países subdesenvolvidos. Estes dados têm sido atribuídos à melhoria dos cuidados médicos perinatais, contribuindo para o aumento da sobrevivência de crianças com baixa idade gestacional e baixo peso ao nascimento, cada vez mais extremo. (MANCINI, 2002)

Oliveira (2003) refere que o desenvolvimento normal de linguagem é a via fina comum, que depende da integridade de muitos sistemas neurais, incluindo audição, processo auditivo central, desenvolvimento cognitivo, função motora, visão e processamento central da informação visual.

No que se refere ao desenvolvimento visual e da linguagem, Magalhães (2003, p.3) informa que

alguns estudos indicam que crianças que nascem com muito baixo peso são mais propensas a déficits visuais e de linguagem, sendo que, esses problemas, associados às dificuldades percepto-motoras, podem comprometer o desempenho escolar da criança.

A visão desempenha um papel importante no desenvolvimento normal de uma criança. É uma função complexa que depende da integração de mecanismos anatômicos e neurofisiológicos (retina, vias ópticas e córtex visual). (SILVA, 1994)

De acordo com Gagliado (2004, p.2)

O desenvolvimento da visão, assim como o desenvolvimento de outras funções do organismo é permeado por fatores de maturação neurológica e por fatores de aprendizagem. É determinado por fatores genéticos e influenciado por fatores ambientais... As modificações maturacionais ocorridas podem, por sua vez, alterar a prontidão do organismo para assimilar os estímulos ambientais.

A percepção visual de um objeto estimula e contribui para a maturação neurofisiológica do sistema de visão. A privação de estímulos visuais adequados

desde o nascimento até os nove anos de idade pode levar ao desenvolvimento anormal da visão. (SILVA, 1994)

Silva (1994, p.67) considera como fatores de risco para problemas visuais:

história Perinatal: toxemia gravídica, infecção congênita confirmada ou suspeita, diabetes materno, uso de anti-histamínicos no final da gestação, agentes teratogênicos (alcoolismo, uso crônico de difenilhidantoina, irradiação abdominal), prematuridade, recém-nascido pequeno para a idade gestacional, parto traumático. História Familiar: erros de refração (pais ou famílias que usam óculos de grau médio ou forte), retinoblastoma, cegueira familiar, estrabismo, catarata, glaucoma, consangüinidade. História da doença atual: patologias neurológicas (hidrocefalia, cranioestenose, paralisia cerebral, espinha bífida, deficiência mental), síndromes cromossômicas, erros inatos do metabolismo, uso crônico de corticóide, suspeita dos pais de comportamento visual anormal.

Os profissionais de saúde envolvidos na avaliação da visão do recém-nascido de alto risco devem estar atentos para identificar precocemente os sinais de alerta para distúrbios visuais e, quando necessário, encaminhar ao especialista.

Silva (1994, p.68) descreve como sinais de alerta:

a criança pisca mais que o usual; esfrega os olhos freqüentemente; apresenta estrabismo quando olha para objetos distantes; franze o rosto freqüentemente ou inclina a cabeça para um lado; fecha ou cobre um olho; segura os objetos próximos ao rosto; demonstra desconforto à luz forte; tem as pálpebras avermelhadas ou as fecham; desenvolvem freqüentemente inflamações nas pálpebras e queixa-se de dor nos olhos.

Asfixia Severa; Ventilação Mecânica; Síndromes; Hospitalização superior a dois meses e consangüinidade.

O corpo de profissionais do *follow-up*, ao avaliar as crianças, deve atentar para os sinais de alerta para surdez. Os fatores descritos por Silva (1994, p.77) são:

Aos 4 meses- criança não acorda ou não se mexe em resposta a fala ou barulho, logo que começa a dormir em um quarto tranqüilo; de 4 a 5 meses- criança não vira a cabeça ou os olhos para a fonte sonora; aos 6 meses criança não se vira propositalmente em direção à fonte sonora; com 8 meses- criança não tenta imitar os sons feitos pelos pais; de 8 a 12 meses- perda da variedade na melodia e sons durante a sibilização; aos 12 meses- sem entendimento aparente de frases simples; com 2 anos- fala pouco; com 3 anos- fala na maior parte ininteligível, muitas omissões de consoantes iniciais, criança não usa frases com 2 a 3 palavras, e fala principalmente vogais.

Finalmente, além dos problemas biológicos específicos das crianças de risco para o seu desenvolvimento, também temos que considerar o ambiente no qual vivem, suas condições sociais, ambientais e familiares, como a desnutrição e o estresse familiar, que traz influências importantes neste tipo de avaliação.

Devido aos avanços tecnológicos, conseqüentemente ao aumento da sobrevivência dos recém-nascidos, os cuidados neonatais mudaram de maneira bastante significativa na última década. Para se adaptar a essa nova realidade, os profissionais de saúde precisam pensar de modo crítico, avaliar acuradamente e intervir com eficiência, além de buscar a atualização dos seus conhecimentos.

## I.2 O Acompanhamento do Recém-Nascido Sadio

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido sadio é realizado através dos procedimentos definidos na clássica puericultura. Segundo Ferreira (1993, p.260) puericultura "é a arte de assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança, da gestação à puberdade".

Bonilha (2005) afirma que essa definição de puericultura está baseada na pressuposição que a atenção à criança, destacada em todos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pode prevenir doenças, auxiliar na expressão genética plena, livre de interferências do meio, e resultar em um adulto mais saudável, com melhor qualidade de vida e, certamente, mais feliz.

Bonilha (2005, p.4) resgata, através da história, as mudanças que ocorreram na atenção voltada à criança. Ela nos diz que,

para muitos autores, a história da puericultura se confunde com a dos cuidados à criança, sendo contada a partir da antigüidade. De modo semelhante, outros autores apresentam a história da puericultura nas sociedades primitivas, da Idade da Pedra aos povos indígenas, antigos e atuais.

Através da afirmativa da autora, percebe-se que o acompanhamento da criança vai depender de fatores socioeconômico-culturais, mas também terá influências significativas do contexto histórico e político.

Para Blank (2003), a puericultura, ao longo dos tempos, veio sofrendo algumas alterações, deixando de ter um perfil de assistência curativa e fundamentando-se nas intervenções preventivas. Nesse contexto mais moderno da puericultura, firmou-se como supervisão de saúde, num momento de transição em que deixou de ser estritamente médica e passou a ser desenvolvida como um processo multiprofissional, em parceria com as famílias e comunidades. Com essas parcerias, a promoção da saúde passou a ser um objetivo perseguido.

Executar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de uma criança é uma responsabilidade dos profissionais e dos serviços de saúde

envolvidos com a assistência à saúde da criança. Garantir a saúde integral da criança é uma forma de alcançar a redução da mortalidade infantil e de promover a saúde, visando à melhoria da qualidade de vida futura.

Para a realização de um acompanhamento adequado, os profissionais de saúde necessitam de embasamento científico, além da prática adquirida no seu cotidiano, que sustente a sua avaliação. No entanto, o desafio não se esgota aí, conforme assinala Oliveira (1991, p.4):

No campo do desenvolvimento psicossocial infantil, fica evidenciado o contraste entre a produção científica existente nas diversas áreas do conhecimento e sua limitada aplicação no campo da promoção da saúde. Isto se deve a dificuldades de ordem teórica e metodológica relacionadas, principalmente, com a questão da avaliação do desenvolvimento, assim, como do desenho e implementação de processos de intervenção efetivos à sua promoção.

A autora ainda refere parecer que, a despeito da busca de novas estratégias, o que se observa ainda no setor saúde é a visão fragmentada da criança em aspectos do crescimento e do desenvolvimento, o que impossibilita a recuperação de uma visão holística desse processo. (OLIVEIRA, 1991)

Através da puericultura, deve-se investir na melhora da qualidade de vida das crianças, sendo necessário implantar um conjunto de ações para resolver os problemas sociais, econômicos, educacionais e de saúde, sem os quais as ações dirigidas para o grupo infantil poderão ter pouca efetividade. O atendimento à criança deve ser direcionado para suas necessidades, de acordo com o diagnóstico adequado da saúde da criança e do meio em que vive, e ser vista dentro do contexto de sua família e comunidade.

Cada contato entre a criança e o serviço de saúde deve ser a oportunidade para a análise integrativa da saúde, e para uma ação resolutive, de promoção de saúde, com forte caráter educativo. O acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento constitui o eixo central deste atendimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Durante os atendimentos de puericultura, cada profissional deve ter a sensibilidade de identificar e compreender a necessidade de cada criança e de sua família, criando estratégias e direcionando ações educativas. A educação em saúde



é um instrumento fundamental na construção da assistência integral à saúde da população.

Ao avaliar o crescimento e o desenvolvimento da criança, deve-se considerar os aspectos sociais e as condições específicas da classe social, na qual a criança está inserida. Através de condições de existência, definidas por sua classe, à criança e sua família é reservado a um espaço de vida onde condições como a renda familiar, a moradia, a escolaridade, além de uma maneira peculiar de representar, são reproduzidas e especificadas. (OLIVEIRA, 1991)

O acompanhamento do crescimento de acordo com o Ministério da Saúde (2002, p.11)

É considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como: alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, refletindo assim, as condições de vida da criança, no passado e no presente.

A avaliação periódica do acompanhamento do progresso individual de cada criança é fundamental para a identificação de algum indicador de risco de morbi/mortalidade, sinalizando as principais causas básicas de instalação ou agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil.

O Ministério da Saúde (2002, p.27) refere a importância da identificação de um ou mais fatores de risco, tais como:

baixo peso ao nascer, baixa escolaridade materna, idades maternas extremas (<19 anos e >35anos), gemelaridade, intervalo gestacional curto (inferior a dois anos), criança indesejada, desmame precoce, mortalidade em crianças menores de 5 anos na família, condições inadequadas de moradia, baixa renda e desestruturação familiar, exigem acompanhamento especial, pois aumentam a probabilidade da existência de doença perinatal e infantil.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2002), através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é possível estabelecer condutas curativas direcionadas para os processos patológicos presentes e o estabelecimento de condutas preventivas, adequadas a cada idade, sobre

vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em processo contínuo de educação para a saúde.

Considerando a qualidade de atendimento à criança de forma conseqüente, o Ministério da Saúde (2002) propõe o Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança, conforme segue: no primeiro ano de vida devem ocorrer sete consultas, sendo a primeira até 15 dias de vida, a segunda consulta no primeiro mês, terceira no segundo mês de vida, quarta consulta no quarto mês, quinta consulta com seis meses, sexta consulta com nove meses e a sétima consulta ao completar doze meses. No segundo ano de vida da criança, o Ministério da Saúde preconiza duas consultas, sendo a primeira com 18 meses e a segunda com 24 meses. De três a seis anos de idade, as consultas passam a ser anuais.

Mas as estratégias para a realização do atendimento em puericultura devem ser planejadas de acordo com as características da criança, da família, da sociedade, do serviço e do contexto histórico e político no qual está inserida. Essas estratégias devem ser ordenadas em protocolo, que podem ser específicos para cada serviço.

Cada serviço deve empregar um juízo crítico para adaptar-se às necessidades da população alvo. Os procedimentos clínicos e preventivos têm que ter embasamento científico suficiente para justificar sua inclusão num protocolo de supervisão de saúde. (BLANK, 2003)

O acompanhamento da criança num serviço de puericultura deveria ser iniciado desde as consultas de pré-natal. Blank (2003, p.8) diz que,

atualmente já é consenso que a primeira atividade de puericultura é a consulta de pré-natal, que deve ser realizada com ambos os pais. Seus objetivos principais são estabelecer um vínculo afetivo e uma relação de trabalho com a família, antes do parto; permitir a detecção de problemas gestacionais; permitir uma avaliação geral da família, responder as perguntas dos pais e iniciar as orientações preventivas, com ênfase na amamentação, apego, primeiros cuidados com o recém-nascido, segurança e imunização.

A ida da criança às consultas de puericultura deve ocorrer periodicamente, conforme solicitação do profissional de saúde, ou cronograma normatizado pelo serviço ou programa.

Nas consultas de puericultura deve ocorrer um acompanhamento holístico da criança, considerando as percepções dos responsáveis em relação ao comportamento da criança. A avaliação, conforme descreve Engel (2002, p.3),

...é facilitada para a criança, para os pais e para o examinador se uma boa relação for estabelecida desde o início. Pode não ser possível eliminar toda a apreensão ou desconforto da criança, mas o estabelecimento de uma relação de confiança e de comunicação poderá ajudar a tornar a avaliação uma experiência mais positiva.

Durante uma consulta de puericultura, o profissional deverá considerar alguns aspectos a serem avaliados. Segundo Blank (2003), inicialmente ocorre a anamnese, quando, através de uma criteriosa colheita de dados, se poderá detectar precocemente algum problema. Posteriormente, deve-se realizar sistematicamente o exame físico completo.

Monitorização do crescimento é definido como um processo seqüencial de medidas para o diagnóstico do crescimento físico e desenvolvimento dos indivíduos na comunidade, com a finalidade de promover a saúde, o desenvolvimento humano e a qualidade de vida. Não se trata de uma intervenção tecnológica na vida da criança, mas sim de um instrumento contínuo de interação mãe-criança-comunidade. (MARCONDES, 1986)

Outro aspecto é a monitorização do crescimento que, através de dados antropométricos, deve ser acompanhado pelas curvas de crescimento. A monitorização do desenvolvimento tem como objetivos avaliar as habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitiva. Nesse momento da avaliação deve-se valorizar as informações objetivas dos pais, pela alta sensibilidade e especificidade e pela praticidade. Os testes específicos para a audição e para a visão também devem ser realizados nas consultas conforme a necessidade. A caderneta de vacinação deve ser conferida em todas as consultas, e o encaminhamento realizado se necessário. A dentição deve ser avaliada e recomendada a suplementação de flúor, por via oral. O encaminhamento ao dentista deve ser feito entre um e três anos de idade. Alguns exames laboratoriais podem ser solicitados, conforme a necessidade de cada criança.

O controle do crescimento físico, mediante o registro do peso e do comprimento, constitui um método apropriado ao nível primário de atenção à saúde,

para identificar desvios do crescimento e para a realização do diagnóstico do estado nutricional da criança.

Para Oliveira (1991, p.5),

dentre os métodos conhecidos para a promoção da saúde da criança o setor saúde avança, por exemplo, no emprego de tabelas e gráficos de crescimento, que são tomados como indicadores globais de saúde da população.

Através da utilização de gráficos e tabelas, é possível determinar as atividades a serem desenvolvidas nos programas de saúde. O uso pode ser de evolução individual, onde garante o seguimento do crescimento físico da criança em diferentes idades. Na evolução coletiva, como instrumento de vigilância epidemiológica da população infantil de um país, e pode decidir sobre a necessidade e natureza das intervenções a serem implementadas. Os gráficos ainda podem ser utilizados na detecção de crianças de risco, tendo a equipe de saúde a noção da saúde local e dos recursos disponíveis para os programas de intervenção. O uso de tabelas e gráficos é de fundamental importância para a iniciação de programas específicos, com os vários tipos de intervenção.

Os gráficos de crescimento são ferramentas essenciais para medir, monitorar e avaliar o crescimento de todas as crianças. São valiosos porque ajudam a determinar até que ponto estão sendo atendidas as necessidades fisiológicas que garantem o crescimento e o desenvolvimento durante o importante período da infância.

A curva de peso pode ser indicada para a avaliação da situação de nutrição, vigilância de desidratação e para implementação de ações preventivas e com um método demonstrativo para os pais, indicando o estado de saúde do seu filho.

A forma mais adequada para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de uma criança, nos serviços básicos de saúde, é o registro periódico do peso no gráfico peso/idade do cartão da criança.

As curvas de peso/idade adotadas no cartão da criança, no Brasil, correspondem ao padrão do *National Center of Health Statistics* (NCHS) de 1977/78, adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como padrão internacional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu problemas da curva de crescimento da NCHS, utilizada como referência internacional e, em 1994, iniciou a planejar novos padrões que, diferentemente da atual referência, seriam baseados em uma amostra internacional de bebês saudáveis alimentados com leite materno, e retrataria como as crianças deveriam crescer em todos os países, em vez de refletir apenas como as crianças cresceram em um dado período e local. Já que a NCHS foi baseada em bebês norte-americanos alimentados predominantemente com leites artificiais. (ONIS, 2004)

Elaborado pela OMS, o novo padrão de crescimento mostra como cada criança no mundo deve crescer. Esse novo método ajustou a marca de nível para o crescimento e o desenvolvimento de todas as crianças, do nascimento aos cinco anos de idade, substituindo as referências anteriores que somente descreviam como uma amostra das crianças estava crescendo em determinado tempo e local.

Conforme menciona a OMS (2006), cada criança, em cada parte do mundo, tem o potencial de crescer e tornar-se como descrito nesses padrões, desde que suas necessidades básicas sejam garantidas. Os padrões mostram que a nutrição, o ambiente e os cuidados de saúde são fatores mais fortes na determinação do crescimento e desenvolvimento do que o sexo ou as características étnicas. Desnutrição, sobrepeso, obesidade e condições associadas ao crescimento e à nutrição podem ser detectadas e encaminhadas precocemente na criança.

Os padrões são baseados em crianças amamentadas ao seio como o modelo normativo do crescimento. Os benefícios nutritivos e imunológicos para o crescimento do aleitamento materno foram aprovados e, assim, a criança amamentada ao seio é padrão natural para o crescimento fisiológico. Isto está de acordo com guias nacionais e internacionais que reconhecem o aleitamento materno como a melhor fonte de nutrição para cada criança. Uma forma de prevenção contra obesidade. Os padrões serão uma ferramenta eficaz para detectar a obesidade. A nova curva permite um diagnóstico precoce do ganho excessivo do peso. De fato, a atual epidemia de obesidade em muitos países teria sido detectável precocemente se este padrão estivesse disponível há 20 anos.

Os padrões fornecem tudo que aponta para a melhoria de saúde das crianças como uma poderosa ferramenta. Com esses padrões, pais, profissionais de saúde e gestores de políticas tomarão conhecimento do que constitui uma boa nutrição,

saúde e desenvolvimento. Os padrões fornecem fortes evidências para a proteção, promoção e suporte do direito de cada criança a desenvolver seu pleno potencial.

Para essa atenção mais direcionada para as necessidades específicas das crianças, o caminho é a integração profissional na prestação de serviços preventivos. E "os procedimentos devem ser adaptados às necessidades da criança e/ou família, dependendo de fatores de risco e resiliência e, evidentemente, da estrutura e recursos do serviço de saúde." (BLANK, 2003, p.7)

De acordo com Kawamoto (1995, p.121), a atenção à criança "é e deve ser objeto de prioridade governamental e da sociedade." Nesse aspecto, o Ministério da Saúde criou ações programáticas baseadas nas condições do processo saúde e doença da população. Tendo um cuidado efetivo no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de cada uma de todas as crianças da população.

As Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Criança consolidadas no Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança - PAISC foram idealizadas como uma proposta do governo federal, sob a coordenação do Ministério da Saúde, para a redução e prevenção de determinados agravos à saúde que acometiam um grande contingente de crianças.

Para Kawamoto (1995, p.122), o acompanhamento da criança deve ocorrer através de ações de saúde previstas pelo PAISC que

... visam prioritariamente acompanhar o crescimento e desenvolvimento, estimular o aleitamento materno, dar cobertura vacinal e controlar a desnutrição, doenças diarreicas e doenças respiratórias agudas.

As ações básicas previstas, Ministério da Saúde (1994), são as seguintes:

- **Aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame:** deve-se destacar a relevância do aleitamento materno na prevenção de doenças infecciosas, destacando as enfermidades diarreicas, além de constituir um fator importante para o crescimento e desenvolvimento da criança. Nenhum outro alimento pode substituir as vantagens do aleitamento materno, portanto o desmame precoce com a substituição de fórmulas artificiais são considerados fatores fundamentais para a mortalidade infantil.

- **Assistência e controle das infecções respiratórias agudas (IRA):** a IRA é considerada um grave problema de saúde pública, devido ao alto índice de mortalidade e morbidade infantil, principalmente nas crianças menores de dois anos. Sendo assim, foram definidos padrões de procedimentos para diagnóstico e terapêutica, com condutas diferenciadas de acordo com a gravidade do caso e o grau de complexidade dos serviços.
- **Imunização:** busca-se ampliar a cobertura vacinal, com o objetivo de reduzir a incidência de doenças evitáveis por imunização.
- **Controle das doenças diarreicas:** visa diminuir a mortalidade por desidratação através da terapia de reidratação oral e diminuição dos agravos nutricionais, através de adequada abordagem nutricional e dietética da criança com diarreia.
- **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento:** a importância desse acompanhamento no nosso país, é devido às condições ambientais que influem negativamente no crescimento e desenvolvimento das crianças. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento se caracteriza como uma metodologia assistencial simples, aceitável culturalmente, econômica, não traumática e que propicia identificação oportuna de crianças doentes e com risco de adoecerem. Favorece intervenções precoces e possibilita a alocação maior de recursos assistenciais para grupo de crianças mais vulneráveis.

O Ministério da Saúde (1984, p.11) descreve as ações básicas como

...propostas para a assistência à saúde da criança fundamenta-se numa política de expansão e consolidação da rede de serviços básicos, utilizando para isto a estratégia de assistência integral...

Com visão multidisciplinar inserida na puericultura, todos os profissionais de saúde têm as suas atribuições específicas no seguimento das crianças, tendo somente a contribuir positivamente para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Blank (2003) afirma que

... firma-se um caráter científico da puericultura,..., num momento de transição em que a ela deixa de ser estritamente médica e, por consenso dos especialistas, passa a ser desenvolvida mais como um processo multidisciplinar e - muito importante -, em parcerias com as famílias e comunidade.

A enfermagem, no trabalho com a equipe multiprofissional, tem um papel fundamental na promoção da saúde das crianças. Essa promoção deve ocorrer através das avaliações realizadas em consultas, com ênfase nas orientações específicas.



### **I.3 *Follow-up* do Recém-Nascido de Risco**

Segundo Barbosa (1990) o surgimento da neonatologia ocorreu nos anos 50, quando foi definido o termo "alto risco" para o grupo de recém-nascidos com maior probabilidade de apresentar problemas imediatos neonatais e seqüelas futuras. No final da década de 60, nos Estados Unidos e na Europa, surgiu o acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco, devido a dois fatos importantes: a criação das UTINs e da especialização em neonatologia. Foi a partir destes conhecimentos que a importância do atendimento adequado e correto na UTIN e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças de risco vêm se fundamentando.

Rodrigues (2006) diz que a taxa de mortalidade infantil decresceu significativamente na última década, devido aos avanços tecnológicos e farmacológicos, tanto nas salas de parto quanto nas unidades de terapia intensiva. Em particular, a terapia com surfactante exógeno foi decisiva para que os neonatos de muito baixo peso ao nascer (inferior a 1.500g) e extremo baixo peso ao nascer (inferior a 1.000g) sobrevivessem.

A diminuição da mortalidade resultou em um maior número de sobreviventes normais, mas também contribuiu para o aumento de crianças com seqüelas, muitas vezes incapacitantes. Ainda, devido aos avanços tecnológicos, as crianças que permaneceram por um período prolongado hospitalizadas, por terem sobrevivido aos eventos que as levaram a um parto prematuro ou traumático, são as crianças que exigem uma atenção especial. Esse aspecto é destacado por Silva (1994, p.9) quando menciona que

a grande questão é: qual a qualidade de vida destas crianças? O que estamos lhes oferecendo ao garantir uma sobrevivida, muitas vezes complicada por tantas intercorrências clínicas e iatrogenias? Muito foi investido técnica-científica e financeiramente nestes bebês, o que só será válido se também tiverem direito a um Acompanhamento do seu Desenvolvimento Global e Tratamento especializado quando necessário.

Rodrigues (2006) ainda afirma que os bebês de muito baixo peso e de extremo baixo peso estariam em maior risco de apresentarem seqüelas, como paralisia cerebral, deterioração intelectual e convulsões, além de cegueira e surdez.

Na idade escolar, dificuldades de aprendizagem e comportamentais, assim como uma menor capacidade de funcionamentos social e adaptativo tem sido enfatizada por diversos pesquisadores, ainda que sem deteriorações maiores no neurodesenvolvimento.

Novello apud Carvalho (2001) refere que as crianças de baixo peso ao nascer têm de sete a dez vezes mais riscos do que as crianças normais para desenvolver problemas graves como: paralisia cerebral, cegueira, surdez e deficiência mental. Além disso, apresentam de duas a três vezes mais probabilidade de apresentar desempenho escolar comprometido e ter problemas de doenças crônicas. Quando a variável peso de nascimento foi combinada com a variável ambiental pobreza, foi observado um aumento considerável da condição de risco.

É consenso entre os autores que as crianças consideradas de risco necessitam de um acompanhamento diferenciado no crescimento e no desenvolvimento, objetivando a avaliação e o diagnóstico precoce de possíveis desvios, visando condutas que previnam seqüelas e futuras complicações.

Oliveira (2003, p.2) considera como grande avanço na área da saúde a ênfase dada aos aspectos preventivos de certas patologias.

A prevenção tem sido reconhecida e utilizada pela maioria dos profissionais envolvidos no processo de desenvolvimento e busca de qualidade de vida da criança. Assim, considerando a importância da detecção precoce dos distúrbios no desenvolvimento infantil, tem-se que priorizar a identificação de déficits neurológicos em neonatos, almejando monitorizar a eficiência dos cuidados, oportunizando a intervenção precoce.

O acompanhamento das crianças consideradas de alto risco que ocorre após a alta hospitalar é conhecido como *follow-up* do recém-nascido de alto risco. De acordo com Barbosa (1990), *follow-up* é o acompanhamento do recém-nascido de alto risco, como especialidade estabelecida na maioria dos países desenvolvidos, que verifica a necessidade do seguimento da qualidade de vida dos bebês que tiveram algumas intercorrências neonatais, e que ficaram internados em uma unidade de terapia intensiva.

O serviço de *follow-up* tem como objetivos, segundo Corrêa (1995),

do crescimento e do desenvolvimento, visando o diagnóstico precoce de desvios, o encaminhamento em tempo hábil para tratamento, o suporte familiar, o ensino e a pesquisa.

Essas crianças são examinadas na sua idade corrigida. A diferença entre as idades corrigidas e cronológicas deixa de ser significativa após um ano e meio para o perímetro cefálico, dois anos para o peso e três anos e meio para a estatura. A avaliação do desenvolvimento deverá usar a idade corrigida durante o primeiro ano de vida. (BARBOSA, 1990)

Para o acompanhamento do crescimento das crianças de alto risco existem inúmeras curvas. A mais conhecida é a curva de Babson.

Esta curva foi criada a partir de um estudo longitudinal de crianças pré-termo e PIG, comparando estes valores aos padrões de crescimento intra-uterino. Este estudo mostra que as curvas de crescimento de peso e altura das crianças de baixo peso ao nascer, seguem paralelas, mas mantêm-se abaixo das curvas consideradas normais. (SILVA, 1994, p.32)

Outra curva utilizada é a de Martell e Belitzky. Esta só deve ser aplicada em crianças com o peso de nascimento inferior a 1.400 gramas e ainda é dependente da medida anterior e do tempo que passou entre os dois exames. (SILVA, 1994)

Mas a forma mais prática de acompanhar o crescimento dessas crianças não é através das curvas descritas acima, e sim das que são aplicadas nos serviços de saúde para crianças nascidas a termo. Essas podem ser do *National Center of Health Statistics* (NCHS), Marcondes, Cuba ou México. Para tanto, basta que se utilize a idade corrigida nessas curvas. O importante é verificar a continuidade de uma determinada velocidade de crescimento e manutenção de um canal de crescimento. (SILVA, 1994)

O *follow-up* deve se preocupar em avaliar as crianças em diferentes fases do seu crescimento e desenvolvimento, do nascimento até a adolescência, e em diversos aspectos como: crescimento físico, desenvolvimento neuromotor, comportamento, cognição e desempenho escolar. Outro ponto que deve ser destacado nesse acompanhamento, segundo Carvalho (2001), é o ambiente familiar (nível de escolaridade, ocupação e nível sócioeconômico dos pais) na sua relação com a condição de prematuridade e baixo peso.

Silva (1994) acredita que as maternidades de referência para gestação de risco e/ou com serviço de UTIN deveriam poder contar com um ambulatório de *follow-up* na própria instituição, ou para encaminhamento pós-alta. Para o autor, o objetivo principal dessa atividade é detectar, o mais precocemente possível, os desvios no desenvolvimento global da criança e intervir ou tratar imediatamente ou conforme a necessidade.

Para a inserção da criança nos programas, são estabelecidos critérios seletivos. O comitê de *follow-up* da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro, citado por Silva (1994), sugere o acompanhamento dos recém-nascidos com: asfixia perinatal; apgar menor ou igual a 4 no 5º minuto; clínica ou alteração laboratorial compatível com síndrome hipóxico-isquêmica; parada cardiorrespiratória documentada, com necessidade de reanimação e medicação; apnéias repetidas; peso de nascimento menor ou igual 1.500gs; idade gestacional menor ou igual 33 semanas; problemas neurológicos; clínica neurológica (alterações tônicas, irritabilidade, choro persistente abalos); convulsão, equivalentes convulsivos ou de drogas anticonvulsivantes; hemorragia intra-cerebral (documentada por USTF); meningite neonatal; pequeno para idade gestacional (abaixo 2DP); hiperbilirrubinemia (com níveis para exsanguineotransfusão); policetemia sintomática; hipoglicemia sintomática; uso de ventilação mecânica ou oxigênio com concentração superior a 40%; infecções congênitas; malformações congênitas e síndromes genéticas.

Para normalização desses serviços, são utilizados vários protocolos, que incluem critérios de risco, que variam de acordo com as características e necessidades de cada serviço. Esses protocolos são elaborados de acordo com as necessidades da demanda e da disponibilidade da equipe de saúde.

Silva (1994) menciona que a composição da equipe multidisciplinar pode sofrer uma pequena variação de acordo com as possibilidades e necessidades de cada serviço. A equipe, conforme o autor menciona, deve ser composta por pediatra, enfermeira, nutricionista, fonoaudióloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga e os especialistas (cardiologista, neurologistas, otorrinolaringologista, entre outros).

O mesmo autor acredita que

O verdadeiro trabalho em equipe é desenvolvido com a sintonia entre o pediatra de desenvolvimento, a equipe multidisciplinar e a família. Objetivando que cada criança possa ter um acompanhamento individualizado, para se desenvolver dentro do máximo do seu potencial global e se integrar a uma vida social saudável. (SILVA, 1994, p.14).

Apesar de ser um acompanhamento em nível ambulatorial, a atuação da equipe do *follow-up* deve ter início quando o recém-nascido ainda se encontra na UTIN. Recomenda-se que os profissionais mantenham contato direto com os pais

O crescimento e desenvolvimento de todas as crianças consideradas de risco devem ser cuidadosamente monitorizadas após a alta hospitalar, para garantir que elas e suas famílias recebam adequado suporte e intervenção, a fim de otimizar seu prognóstico. (RUGOLO, 2005)

Baker apud Madeira (2005, p.8) refere que,

ao discorrerem sobre a problemática da criança prematura, de baixo peso, portadora de deficiência que a inclui no grupo de crianças com necessidades especiais, reforçam a importância do envolvimento da família e destacam o impacto que a alta destas crianças provoca nas mesmas. Ainda afirma que, a chegada de uma criança com necessidades especiais altera o estilo de vida da família em muitos aspectos.

Ladden apud Madeira (2005, p.8) conclui que "a alta, para muitas crianças, não significa que sua recuperação está completa e sim que será apenas mudado o local de recuperação do hospital para o domicílio."

Conforme citação de Lopes (1999, p.10):

O ambiente em casa, o número de dependentes, a capacidade de comprar as medicações prescritas e até mesmo a disponibilidade de recursos para vir ao hospital são variáveis críticas a serem consideradas. A prescrição de um lactente com passado de displasia broncopulmonar, geralmente inclui cinco ou seis medicações. É fundamental que os pais saibam manipular essa drogas com doses adequadas e bem medidas

O resumo de alta é imprescindível para o acompanhamento no ambulatório de *follow-up*. Esse deve ser abrangente, de fácil preenchimento, visando às informações de condições pré-perinatais e intercorrências durante a internação que são potencialmente de risco para o desenvolvimento da criança. (SILVA, 1994)

De acordo com Madeira (2005, p.9), "o plano de alta é o instrumento sugerido pelos autores para garantir a continuidade da assistência à criança após a sua alta." O plano de alta, porém, é caracterizado como o plano de ensino para a alta. O ensino é parte integrante do processo educativo, incluindo a orientação à família acerca do que necessita saber e compreender sobre o estado de saúde e necessidade do filho.

A esse respeito, a autora afirma que "o sucesso do plano de alta, independe do quadro da criança, vai depender dos profissionais envolvidos e, principalmente, do momento de seu início". (MADEIRA, 2005, p.3)

O modelo do resumo de alta, conforme sugere Silva (1994), deve abranger a identificação completa dos pais, como: idade; escolaridade; profissão; situação afetivo-conjugal; situação financeira; onde mora; quantos filhos; história gestacional - se foi desejada; história perinatal; internação na UTIN - intercorrências; vida familiar; local de trabalho; quem cuida das crianças; onde dorme; rotina diária; dúvidas; angústias; amamentação; impressão da mãe sobre a criança; reforçar importância e finalidade do programa.

Na rotina do *follow-up*, é preconizado que "a marcação da primeira consulta deve ser o mais próximo a alta, devendo estar agendada num prazo de 2 a 3 semanas." (SILVA, 1994, p.16)

A primeira consulta da criança no *follow-up* é a melhor ocasião para conhecer a família e o ambiente que envolve o recém-nascido. Deve-se perguntar sobre a gestação, se foi ou não desejada, os aspectos financeiros, os relacionamentos afetivos, os medos e as dúvidas que restaram do período de internação. (SILVA, 1994)

O atendimento realizado no *follow-up* não se trata de uma consulta de puericultura, e sim de um momento de troca, de uma atividade na qual vamos pontuar o atendimento com base na demanda da família.

Silva (1994) nos diz que a cada consulta deve ser feito um exame físico sumário e uma avaliação clínica global. Deve incluir desde a verificação da carteira de vacinação até os relatos da mãe sobre o desenvolvimento da criança, servindo não apenas de informação, mas também, indiretamente, para conhecermos as expectativas e fantasias da família sobre a criança.

A ficha de exame, de acordo com Silva (1994), deve conter: idade cronológica/corrigida; vacinação; dieta - o tipo, a aceitação, o uso de colher; medicações que a criança está fazendo uso; intercorrências; tratamento; reabilitação; relato da mãe sobre as aquisições da criança e atividades de vida diária. Segundo o mesmo autor, a ficha de avaliação não pode deixar de conter os

seguintes dados: exame físico objetivo; avaliação do crescimento ponderal; avaliação neurofuncional; avaliação sensorial e avaliação da linguagem.

De acordo com Silva (1994, p.18), "as consultas no *follow-up* têm uma periodicidade que pode variar segundo as possibilidades do serviço e o acompanhamento deverá ser feito até a idade escolar para melhor avaliação cognitiva e de aprendizado".

O ideal do acompanhamento do recém-nascido é que ocorra até a idade escolar, pois estudos científicos de acordo com Rugolo (2005), comprovam que, em crianças nascidas de extremo baixo peso na idade escolar, são freqüentes os problemas educacionais, comportamentais e psicológicos. Destaca ainda mais, adolescentes e adultos nascidos de extremo baixo peso persistem com alguma diferença em seu desempenho, mas sua integridade social não é prejudicada.

Silva (1994, p.18) afirma que

o *follow-up* de RNs de alto risco é mais que um ambulatório de acompanhamento de prematuros, é um "insight" holístico na Pediatria, uma visão da criança como um indivíduo em todos os seus aspectos: físico, motor, psicológico, cognitivo, afetivo e social.



## **I.4 O Cuidado de Enfermagem ao Recém-Nascido de Risco no *Follow-up***

A Enfermagem é a arte do CUIDAR, necessária a todos os povos e a todas as nações, imprescindível em época de paz ou em época de guerra e indispensável à preservação da saúde e da vida dos seres humanos em todos os níveis, classes ou condições sociais.

(GEOVANINI, 2002)

A enfermagem é uma profissão onde a arte do cuidar é a base de todo o desenvolvimento de seu trabalho. Ao executar esta arte ocorre um contato constante com o ser humano através da assistência direta que lhe é prestada. Devido a sua formação holística, torna-se necessário ver o cliente de uma forma global, identificando que o mesmo é um ser complexo que abrange os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais.

Para a realização do cuidado, é importante que a enfermeira perceba a necessidade do cliente e a disponibilidade dos recursos. Para isso, deve desenvolver a interação interpessoal, oferecer um ambiente adequado, expressar a aceitação do ser cuidado e dos familiares, por meio de palavras, toques, olhares, gestos, postura corporal, etc, oferecer presença real significando estar centrada no cliente e sua situação, estar presente de corpo e alma, com empatia e demonstrar segurança e eficiência no desempenho das intervenções ou procedimentos necessários. (WALDOW, 1998)

A competência da enfermeira está de acordo com que ele estuda, especializa, informativa, pratica e passa as informações a diante. De acordo com a realidade do seu cuidado, o enfermeiro deve relacionar o saber e a prática, para que realize uma assistência de enfermagem com qualidade. (STAGGERS, 2002)

Mediante isso, vale ressaltar que o profissional de enfermagem tem que estar sempre se atualizando para que possa assumir suas atribuições com responsabilidade e oferecendo ao cliente um cuidado com qualidade.

Para oferecer uma assistência de qualidade é notório que as enfermeiras que atuam com recém-nascidos de risco em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e/ou unidades intermediárias (UI) devam ser capacitadas e orientadas em relação a sua atuação, para que devam desempenhar um cuidado especializado e consciente da importância deste na prevenção, tratamento e recuperação de possíveis seqüelas.

A equipe de enfermagem que cuida do recém-nascido na UTIN/UI deve ser qualificada e especializada, pois, de acordo com Waldow (1998), o cuidar não é apenas uma atividade ou tarefa realizada para tratar de ferida, aliviar um desconforto e auxiliar na cura de uma doença. Procura captar o sentido mais amplo: o cuidado como uma forma de expressão de relacionamento com outro ser e com o mundo, enfim, como uma forma de viver plenamente.

Em especial as crianças que necessitaram de uma hospitalização na UTIN/UI, para que tenham a oportunidade de um adequado crescimento e desenvolvimento é necessário mais do que saúde, é fundamental amor, segurança, estímulo e responsabilidade. Sendo assim, estas atitudes são de extrema importância, não somente para os pais, mas também para toda a equipe de saúde que atua diretamente com a criança. A equipe de enfermagem, por estar 24 horas prestando cuidados, tem uma participação efetiva no crescimento e desenvolvimento do bebê.

Waldow (1998) refere que ao cuidar do ser humano existe um compromisso, uma responsabilidade em estar no mundo, que não significa fazer aquilo que satisfaz, mas ajudar a construir uma sociedade com base em princípios morais. Permitindo construir uma história de que se tenha orgulho.

Através dessa percepção, a enfermeira tem que ter consciência da importância e da responsabilidade da realização dos seus cuidados com os recém-nascidos. Devido à atenção especial nos cuidados realizados, as enfermeiras devem se orgulhar e expressar através de fundamentos científicos e em experiências adquiridas no cotidiano a importância de uma assistência com qualidade, resultando no futuro crianças saudáveis e acima de tudo com qualidade de vida.

O recém-nascido não sabe falar, indicar aonde sente dor ou desconforto, mas sabe se comunicar através do choro e de sua expressão corporal e facial. A

enfermeira, bem como toda a equipe, tem que ter sensibilidade e prazer em sua prática, para perceber todo o contexto que envolve aquele novo ser.

Ainda dentro da UTIN/UI, para que se obtenha um bom resultado, a equipe de saúde necessita proporcionar um ambiente tranqüilo, agradável, confortável e seguro. Estes pequenos gestos, no decorrer do tratamento, poderão ajudar a obter bons resultados. Devemos realizá-los através da humanização.

Quando se escuta falar em humanização, imagina-se que seja algo complicado e difícil. Mas, ao analisarmos, percebemos que é algo que faz parte da nossa própria origem humana. É uma palavra que podemos aplicar a quase todas as ideologias modernas e contemporâneas.

De acordo com Heidegger (1967), o humanismo é cuidar que o homem seja humano e não inumano, isto é, estranho a sua essência.

A humanização da assistência pode ser considerada como uma política que deve ser aplicada aos diversos serviços de saúde, possibilitando assim um processo crítico e comprometido com as práticas cotidianas dos serviços.

O Ministério da Saúde (2004, p.6) refere que

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas de saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

cuidar. É importante saber identificar as necessidades de cada recém-nascido, em sua singularidade tão diferenciada. Atentando para as alterações do próprio ambiente da internação, procurar evitar ruídos desnecessários, variar a intensidade da luz para simular a alternância do dia e da noite.

Deve haver a conscientização da equipe de enfermagem que seu trabalho é contínuo para o atendimento não só ao recém-nascido, mas também à família. Esses familiares podem estar, na maioria das vezes, angustiados e inseguros quanto ao estado geral do bebê, quanto às dúvidas e incertezas de seqüelas futuras, de como lidar com todo este novo e não esperado cenário, e também quanto à falta de previsão dos novos gastos. O suporte familiar é primordial, devendo-se estar atento para as dúvidas e questionamentos, procurando-se desenvolver trabalhos em equipe e/ou individual.

Conforme menciona Centa (2004, p.2),

A gestação é considerada um acontecimento saudável e normal na vida dos casais, porém é esperada com muitas expectativas e anseio, gerando uma gama de sentimentos positivos e negativos. Os pais tentam adaptar-se para receber o filho e temem a possibilidade de um parto prematuro ou presença de má formação. Quando isso ocorre, é um acontecimento inesperado, que causa descontinuidade na idealização do nascimento. Os pais vêem impossibilitados de sair do hospital com os bebês no braço, portanto, vem o medo da morte, de que o bebê não consiga ganhar peso, da suscetibilidade às infecções e complicações neurológicas.

Além dos problemas citados, os pais também enfrentam o medo da doença e do desconhecido. Assumem um sentimento de culpa e insegurança. Tudo tende a agravar devido à ausência de controle sobre o ambiente hospitalar, mudança na rotina de vida, desconhecimento de procedimentos ligados à recuperação do seu filho. E a questão financeira e social são outros fatores importantes que também podem interferir no comportamento afetivo entre pais e filhos. (CENTA, 2004)

Todo profissional da saúde que está diretamente ligado à assistência de criança tem que saber que:

A família tem direito de participar da assistência da criança, o que está estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente. Em Direito [Fundamentais](#), Capítulo I, Artigo 10, esse estatuto requer que os hospitais são obrigados a prestar orientações aos pais do recém-nascido, e no Artigo 12, que é preciso criar condições para que um dos pais ou responsáveis pela a internação da criança permaneça



O envolvimento e a participação dos pais vêm trazendo transformações na assistência às crianças hospitalizadas e, como consequência, a enfermagem requer um melhor preparo para atuação com os mesmos. (SOUZA, 2003)

A interação existente com a família ainda na UTIN/UI é fundamental na conquista da confiança e credibilidade do profissional. Fazendo-se entender que após a alta hospitalar o acompanhamento dessa criança em um ambulatório diferenciado, o *follow-up*, é de extrema importância para o crescimento e desenvolvimento dela que passou um período internada. Todo trabalho realizado no *follow-up*, para que tenha êxito, deve-se iniciar adequadamente ainda na UTIN/UI.

Durante o tempo de internação, os pais vivenciaram todo o processo permeado pela ambivalência de sentimentos em que o medo e a esperança predominaram. Esse tipo de experiência é marcante e transformadora. Todo envolvimento e crescimento pessoal é fundamental para que aprendam, se sintam capazes de cuidar da criança, também após a alta hospitalar.

A enfermagem tem um papel fundamental na assistência e no preparo para a alta hospitalar de criança que permaneceu um período internada na UTIN/UI, na transição do hospital para o domicílio, na realização de visitas domiciliares e no suporte aos pais, aspectos importantes para a garantia da continuidade do cuidado, diminuição da ansiedade dos pais, facilitando a alta precoce, o vínculo materno e familiar. (MELLO, 2002)

Toda criança terá seu crescimento e desenvolvimento acompanhado no *follow-up*, e o início de todo este processo ainda ocorrerá dentro da unidade de terapia intensiva. Pois uma criança bem assistida na UTIN/UI poderá ter um menor prejuízo no seu crescimento e desenvolvimento, podendo assim ter uma melhora na qualidade de sua vida futura. Pode-se dizer que o *follow-up* é o *feed-back* do cuidado realizado com os recém-nascidos na UTIN/UI.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de risco é complexo e diferenciado. Para esse processo, destaca-se a assistência de enfermagem, tendo como objetivo a atenção integral à saúde da criança, que pressupõe, além de uma assistência baseada em aspectos biopsicossociais, a criação de elos entre a família e o serviço.

Esse acompanhamento ocorre em nível ambulatorial e a enfermeira, como membro integrante da equipe multidisciplinar, tem que atentar e fazer cumprir os objetivos que devem ser atingidos durante a permanência da criança nesse serviço. De acordo com Ministério da Saúde (2002), o ambulatório tem que garantir a continuidade da assistência do bebê e de sua família; observar e incentivar a atenção ao neonato; avaliar, incentivar, encorajar e apoiar o aleitamento materno; realizar exame físico do bebê tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, ganho de peso, estatura e perímetro cefálico, levando em conta a idade gestacional corrigida; observar a administração de medicamentos prescritos; avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre o bebê e sua família; detectar e intervir em situações de risco, como ganho de peso inadequado, sinais de refluxo gastroesofágico, infecções e apnéias; orientar e acompanhar tratamentos especializados e orientar esquema adequado de imunização.

Durante essa fase de seguimento ambulatorial, exige-se de toda a equipe atenção cuidadosa para o reconhecimento de situações de risco imediato, tanto para o bebê quanto para a família, para que uma adequada intervenção possa ser estabelecida.

Essa avaliação ambulatorial é para manter a periodicidade das consultas individualizadas, de acordo com o fator de risco, para que a intervenção, quando necessária, ocorra precocemente, diminuindo a possibilidade de reinternação dos bebês observados.

Para atender às necessidades do recém-nascido, preservando a sua singularidade e a sua individualidade, deve-se construir um processo de cuidados especializados e direcionados para reconhecer desvios da normalidade, potencialmente presentes, respeitando em todos os momentos o vínculo mãe e filho.

A família em casa também deve ser capaz de reconhecer desvios da normalidade, evitando intercorrências e assim uma possível reinternação. Esse trabalho de orientação é um processo educativo dos profissionais com os familiares. De acordo com Cabral (1999, p.21): “No que se refere à educação em saúde, a enfermagem exerce um importante papel contribuindo na transformação da realidade das pessoas que estão no senso comum”.

A enfermeira ao cuidar, em especial nesse contexto, de crianças tem que valorizar a humanização da assistência, ser sensível e perceptiva a subjetividade do cuidado. Identificar através da subjetividade o que percebe, imagina e simboliza através de posturas e atitudes, em uma condição de cuidado. Como menciona Rolim (2006, p. 3), "é perceber esse bebê independente de sua idade ao nascimento, como capaz de expressar suas emoções, o prazer, a dor, de buscar contato e de fugir, quando não pode mais suportar a estimulação negativa e ao estresse provocado".

Rolim (2006) destaca que a atenção ao bebê deve ser estruturada e organizada no sentido de atender uma população sujeita a riscos, devendo existir recursos materiais e humanos especializados e capazes de garantir observação rigorosa.

As crianças que são acompanhadas pelo *follow-up* necessitam de cuidados diferenciados e especializados, para que se possa obter uma resposta do crescimento e desenvolvimento mais próximo do normal. Consiste em estimular, realizar atividades direcionadas e específicas de acordo com a necessidade de cada criança, de modo que venha responder de forma positiva.

Cabral (1999, p.38) descreve que

A ação do profissional, sobre o corpo da criança, consiste em emitir um conjunto de estímulos e desafios que levam esta criança a produzir respostas e a adquirir condutas e comportamentos que refletem o desenvolvimento de habilidades psicomotoras, especialidades com as crianças "subnormais..., deficientes mentais".

O trabalho de estimulação inicia-se nos atendimentos do *follow-up* com os profissionais e tem continuidade em casa, pois as mães devem ser orientadas a realizarem a estimulação com a criança como parte do seu cotidiano. E quando necessário encaminhar a criança a centros especializados de estimulação.

No retorno às consultas, os profissionais devem avaliar a evolução da criança, para identificar se as orientações estão sendo eficazes ou não, e de acordo com a resposta tomar as medidas necessárias. E como as crianças estão sendo tratadas nos centros especializados.



A enfermeira, ao executar as suas orientações, não pode partir do princípio de que a mãe seja uma caixa vazia. A mãe possui conhecimentos a partir da sua vivência inserida no seu contexto sócio-cultural. Deve aprimorar o seu cuidado a partir dos conhecimentos e possibilidades das mães e/ou familiares que acompanham a criança.

A mulher possui conhecimentos que dá suporte para cuidar e estimular uma criança com formas perfeitas e em condições de higiene, cujo nascimento ocorre dentro do período gestacional normal. No entanto, quando a criança nasce antes do tempo previsto, sua condição foge ao estereótipo conhecido e previsto pelo seu conhecimento adquirido. Mas, através de seus conhecimentos, a mãe consegue atender as demandas dessa criança. (CABRAL, 1999)

A enfermeira, ao realizar a consulta de enfermagem no *follow-up*, consegue fechar o diagnóstico de enfermagem e assim planejar melhor a sua assistência. Serve para organizar o conhecimento de enfermagem na literatura, na pesquisa e também no tratamento clínico.

Com a realização do diagnóstico de enfermagem, a enfermeira tende a ganhar mais confiabilidade na sua atuação e conseqüentemente uma maior autonomia profissional.

Ao usar o diagnóstico de enfermagem, e não médico, proporciona um sistema de recuperação de registros de clientes. (CARPENITO, 2002)

Com o diagnóstico de enfermagem, identifica-se os fatores de risco e os fatores relacionados ao fisiopatológico, ao tratamento, ao situacional e ao maturacional. Sendo assim, é possível determinar as intervenções e estimulações adequadas, respeitando a individualidade de cada cliente.

A enfermeira tem que, através de seu planejamento assistencial e de seu posicionamento profissional, construir a sua história. O diferencial se faz com mudanças e conquistas, e isto é possível pelo crescimento do profissional enfermeiro que ocorre a cada dia pelo aprimoramento e pela aquisição de novos conhecimentos científicos e técnicos. Tendo como resultado uma assistência mais qualificada e especializada.

## I.5 Representações Sociais e Práticas Profissionais

A Teoria das Representações Sociais surgiu na França na década de 60, através das idéias inovadoras do psicólogo social francês Serge Moscovici. O seu trabalho pioneiro foi *La psychanalyse, son image et son public* (1961-1976), um primeiro delineamento formal do conceito e da Teoria das Representações Sociais. (SÁ, 1993)

Sá (1993, p.20) refere que

Moscovici declarava, entretanto, que sua ambição ia além da criação e da consolidação de um campo específico de estudos: "que queria redefinir os problemas e os conceitos da psicologia social a partir desse fenômeno".

Para a elaboração do estudo das representações sociais, Moscovici teve como ponto de partida as idéias de Durkheim, segundo o conceito de representações coletivo.

De acordo com Tavares (1998), Durkheim, através da "representação coletiva", desejava enfatizar a especificidade e priorizar o pensamento social em relação ao pensamento individual.

Moscovici apud Spink (1993, p.77) descreve que "Durkheim revelou o lado social da consciência, descobriu uma forma de pensamento social, mas não explicou a sua especificidade, diluindo-o em fenômeno unicamente social".

O termo representações sociais é utilizado para explicar percepções já existentes ou formas de pensar compartilhadas sobre determinadas realidades ou fenômenos sociais. (MOSCOVICI, 1978)

Para Jodelet (2001, p.216), "a Representação Social é uma forma de conhecimento social elaborada e compartilhada, que tem objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social".

Oliveira (1996, p.57) diz que

Deve-se considerar ainda que, se as representações sociais são determinadas por normas e valores, pela história do grupo e sua memória coletiva, pela "matrizes culturais de interpretação", ou seja,

elas são também pelo conjunto das condutas passadas ou atuais dos atores sociais.

Na teoria da representação social ocorre uma preocupação com o sujeito como ser psicológico, mas que está inserido numa coletividade, de modo que praticamente não se pode falar que as representações estão encerradas na cognição do indivíduo, mas que elas expressam a sociedade.

Discutindo essa questão Abric (2000, p.27) afirma que,

O objeto está inscrito num contexto ativo, sendo este contexto concebido pela pessoa ou grupo, pelo menos parcialmente, enquanto prolongamento do seu comportamento, de suas atitudes e das normas às quais ele refere.

Toda representação é uma forma de visão global e unitária do objeto, mas também de um sujeito. Esta representação reestrutura a realidade para permitir a integração das características objetivas do objeto, das experiências anteriores do sujeito e do seu sistema de atitudes e de normas. (ABRIC, 2000)

Tavares (1998, p.58) menciona a importância da Teoria das Representações Sociais na realização de pesquisas no campo da enfermagem, quando afirma que:

No campo da enfermagem, tal percepção é vital para uma ação efetiva na qual existem aproximações e confrontos entre o saber popular e saber teórico - científico. Então, o estudo das representações sociais torna-se necessário, pois esclarece os reais aspectos da vida do sujeito e indica que não basta apenas se transmitirem informações, mas principalmente entender-se a representação da saúde e da doença e as maneiras de cuidado.

Moscovici apud Sá (1993, p.28) "considera coexistirem nas sociedades contemporâneas duas classes distintas de universos de pensamento: os universos consensuais e os universos reificados".

Sá (1993, p.28) conceitua que

Os universos consensuais correspondem às atividades intelectuais da interação social cotidiana pelas quais são produzidas as Representações Sociais. Os universos reificados, bastante circunscritos, é que se produzem e circulam as ciências e os pensamentos eruditos em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico...

A construção das representações implica a interpretação da realidade de forma indireta, pois estão nelas embutidos conceitos históricos e subjetivos inerentes ao indivíduo.

Para Jodelet, referido por Sá (1993, p.32),

... Representação Social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. Mais amplamente, designa, um forma de pensamento social.

Concordando com Jodelet, considero que os sujeitos sociais constroem conhecimentos durante a vida, através de informações e das pessoas que circulam. Esse conhecimento é chamado de senso comum, que se constitui pelas experiências de cada um, pelas tradições, educação e comunicação social.

Moscovici demonstrou que as representações sociais são modalidades de conhecimento particular que circulam o dia a dia, tendo como função a comunicação entre os indivíduos, criando informações e permitindo a familiarização com o estranho, de acordo com as categorias da cultura, por meio dos processos de objetivação e ancoragem.

Sá (1993, p.34) descreve que "objetivar é a função de duplicar um sentido por uma figura, dar materialidade a um objeto abstrato." A objetivação faz com que se torne real um esquema conceptual, com que se dê a uma imagem uma contrapartida material.

Ancoragem, segundo Sá, (1993, p.34), "é a função de duplicar uma figura por um sentido, fornecer um contexto inteligível ao objeto." A ancoragem refere-se à integração cognitiva do objeto representado no sistema de pensamento pre-existente e as transformações advindas daí. Não se trata de um conhecimento e sim, da sua inserção orgânica a um pensamento constituído.

Vários autores se apropriaram da Teoria das Representações Sociais e assim colaboraram com o desdobramento da grande teoria proposta por Moscovici. Denise Jodelet, em Paris, lidera a corrente considerada a mais fiel à teoria original, a abordagem processual; Willem Doise, em Genebra, com uma abordagem mais

sociológica, e Jean-Claude Abric, em Aix-en-Provence, com uma abordagem mais cognitivo-estrutural da representação. (SÁ, 1998)

Jodelet (2001, p.22), como grande colaboradora de Moscovici, descreve que

Geralmente, reconhece-se que as representações sociais, enquanto sistemas de interpretação que regem a nossa relação com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. Da mesma forma, elas, intervêm em processos variados, tais como a difusão e a assimilação de conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais.

A teoria do núcleo central foi proposta pela primeira vez, dentro do quadro de pesquisa experimental em 1976. (SÁ, 2002, p.62)

Abric (2000, p.38) menciona que

Uma representação social é um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes; ele constitui um sistema sociocognitivo particular, composto de dois subsistemas: um sistema central (ou núcleo central) e um sistema periférico.

O autor ainda afirma que, o núcleo central, determinando o significado, a consistência e a permanência, vai resistir à mudança, visto que toda modificação do núcleo central provoca uma transformação completa da representação. E quando se refere ao sistema periférico diz que este é bem menos limitante, ele é mais leve e flexível. (ABRIC, 2000)

Para Abric apud Sá (2002, p.62)

A organização de uma representação apresenta características particular: não apenas os elementos da representação são hierarquizados, mas além disso toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou de alguns elementos que dão à representação o seu significado.

Abric apud Sá (2002, p.67) relata "que toda representação está organizada em torno de um núcleo central (...), que determina, ao mesmo tempo, sua significação e sua organização interna".

Abric (2000, p.39) menciona que

Se as representações têm um núcleo, é porque elas são uma manifestação do pensamento social; e, em todo *pensamento social*, uma certa quantidade de crenças, coletivamente produzidas e historicamente determinadas, não podem ser questionadas, posto que elas são o fundamento dos modos de vida e garantem a identidade e a permanência de um grupo social.

O essencial do núcleo central de uma representação social é exatamente constituído pelos valores associados ao objeto representado. (ABRIC, 2003, p.41)

O campo da representação social repousa firmemente sobre as atividades de pesquisa empírica. Nenhuma espécie de especulação, por privilegiada que se pretende, pode substituir o esforço de apreensão empírica dos conteúdos e da organização de tais tipos de saberes, que ligam um sujeito particular a um objeto concreto em uma situação sócio-histórico-cultural determinada. (SÁ, 2002)

A teoria das Representações Sociais surge na área da saúde como uma nova maneira de pesquisa e na construção de conhecimentos. Podendo promover um melhor entendimento dos comportamentos e práticas sociais.

Sá (2002, p.33) diz que

A representação é, por outro lado, uma construção e uma expressão do sujeito, que pode ser considerado do ponto de vista epistêmico ou psicodinâmicos, mas também social ou coletivo, na medida em que sempre se há de integrar na análise daqueles processos o pertencimento e a participação social e culturais do sujeito.

Ao trabalhar com as representações sociais, ocorre a facilidade da compreensão dos sujeitos através da sua vivência contextualizada num determinado meio sócio-histórico-cultural.

Para a realização de pesquisas, a representação social também é de grande importância já que o conhecimento do seu conteúdo e de sua organização baseia-se, necessariamente, na consideração das práticas sociais. (OLIVEIRA, 1996)

Tavares (1998, p.51) afirma que

No campo da enfermagem, um grande número de pesquisadores tem-se interessado por essa abordagem nos últimos anos. Poderíamos apontar determinados aspectos que estão favorecendo essa adesão: a crítica aos modelos positivistas que limitam a participação do sujeito; o interesse pela metodologia qualitativa; a possibilidade de estudar a produção simbólica como forma de realizar pesquisas mais criativas; a participação política dos usuários

dos serviços de saúde; a valorização do saber popular; a ampliação do conceito saúde e doença; a possibilidade de revelar situações do cotidiano da prática não visíveis objetivamente; e o estudo da sensibilidade e da emoção.

A Teoria das Representações Sociais é basicamente uma teoria sobre a construção social em dois sentidos. Primeiro, onde as representações sociais são construídas por meio de discursos públicos nos grupos, é a forma como as pessoas pensam sobre as coisas reais e imaginárias do seu mundo, é o conhecimento que as pessoas possuem do seu universo, é o resultado de processos discursivos e portanto socialmente construídos. O segundo sentido é a criação do conhecimento pelo grupo. (WAGNER, 2000)

Ainda de acordo com o autor, Wagner (2000, p.11) nos diz que

Agindo no sistema de representação, os membros de um grupo criam o objetivo representado, dão-lhe significado e realidade. A interação entre as pessoas expressa e confirma suas crenças subjacentes; de fato, a representação social é sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem. Assim, uma representação é mais do que uma imagem estática de um objeto na mente das pessoas; ela compreende também seu comportamento e a prática interativa de um grupo. É ao mesmo tempo uma teoria sobre o conhecimento representado, assim como uma teoria sobre a construção do mundo.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo as representações sociais e as práticas de seguimento do recém-nascido de alto risco.

E através dessa análise identificar a elaboração das representações de acordo com as suas práticas. Oliveira (1996, p. 48) afirma que “as práticas determinam as representações de acordo com a sua própria lógica interna”.

A representação é constituída pelos indivíduos ou grupos que definem a sua visão de mundo ou da situação no momento considerado, onde a experiência coletiva ou individual das relações sociais tem um papel essencial. E as condições de produção das representações, que explicam seu estado atual, são largamente atribuídas às práticas sociais que o grupo desenvolveu ou com as quais ele foi confrontado.

Abric apud Oliveira (1996, p.51) diz que

A natureza das ligações entre práticas e representações é diretamente determinada pela natureza da situação e mais precisamente por duas das suas características: a autonomia do ator na situação, ou seja, o lugar ocupado por ele, às relações que ele mantém no sistema de poder, ou seja, as limitações às quais ele é submetido; é a presença, na situação, de elementos fortemente ligados a sentimentos ou à memória coletiva.

Conforme Oliveira (1996) menciona, é possível destacar três fatores que participam da trama das relações estabelecidas entre práticas e representação social:

1. Fatores culturais – ligados à história do grupo e à sua memória coletiva.
2. Fatores ligados ao sistema de normas e valores – não basta que o indivíduo esteja engajado numa prática para que ele se aproprie dela e a reconheça como sua. É necessário que ela lhe pareça aceitável ao seu sistema de valores. É fundamental lembrar que essas normas e valores também são, por sua vez, constituintes das representações sociais.
3. Fatores ligados à atividade do indivíduo – os processos de construção, de reapropriação da realidade, demonstram que a representação é uma ação sobre a realidade.

Martin e Royer Rastoll apud Oliveira (1996, p.57) afirmam que

Não há representação que precede ou que sucede...mas práticas conjuntas como as representações individuais e coletivas; a legitimação é muito ambígua, permitindo muitos viéses de sentidos – legitimar uma ação é também cria-la, fundamenta-la ou justifica-la, objetiva ou subjetivamente – no direito, na razão, ideologicamente... Além do mais, aceitar uma explicação única significa aceitar uma causalidade simples, uma última determinação, enquanto somos confrontados com uma relação dialética entre representação e práticas.



## II. ABORDAGEM METODOLÓGICA

### II.1 Tipo de Estudo

A temática deste estudo é o seguimento do recém-nascido de alto risco, desenvolvido por equipes multidisciplinares. Para isto foram definidos como sujeitos da pesquisa os profissionais que atuam em equipes multidisciplinares do *follow-up* do recém-nascido de alto risco, em três hospitais públicos localizados no município do Rio de Janeiro, onde o acompanhamento ocorre de forma sistematizada e institucionalizada. A orientação teórica escolhida foi a Teoria de Representações Sociais, na sua orientação psicossocial.

Para iniciar a pesquisa há necessidade da organização e do direcionamento das idéias e práticas. Sendo assim, Minayo (1999, p.16) refere que método "...é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade". Ainda afirma Santos (1998, p.11) que "a metodologia indica técnicas de produção científica e fornece os elementos de análise crítica das descobertas e comunicações na comunidade científica".

A presente pesquisa caracteriza-se por utilizar o método descritivo e a abordagem qualitativa. O método descritivo é definido por Santos (1998, p.12) como sendo "um delineamento da realidade uma vez que descreve, registra, analisa e interpreta a natureza atual ou processos dos fenômenos". A utilização da abordagem qualitativa no estudo permite a captação de dados psicológicos reprimidos e de difícil articulação e pode se colocar como um indicador do funcionamento complexo de estruturas e organizações.

De acordo com Jodelet (2003), a abordagem qualitativa deve ser holística e global, devem ser levados em consideração não somente as condutas e as representações, mas também o contexto histórico no quais os sujeitos estão inseridos.

Oliveira (2005, p.3), ao tratar das representações sociais, menciona que

... essa abordagem é particularmente adaptada ao objeto das ciências humanas e sociais, qual seja, o estudo de condutas humanas em um espaço social e cultural. O método qualitativo é o único a permitir um tratamento holístico, natural e dinâmico dos fenômenos estudados...

A respeito da pesquisa qualitativa na enfermagem, Wood (2001, p.123) afirma que "a enfermagem é tanto uma ciência como uma arte. A pesquisa qualitativa combina as naturezas científica e artística da enfermagem para aumentar a compreensão da experiência de saúde humana". A autora ainda refere que "a pesquisa qualitativa é particularmente bem adequada ao estudo da experiência humana sobre saúde, uma preocupação fundamental da ciência da enfermagem".

Considerando que o pesquisador que realiza um estudo qualitativo pretende compreender ou interpretar os fenômenos que fazem parte do seu cotidiano, Wood (2001, p.123) diz que

o pesquisador que usa abordagem qualitativa acredita que seres humanos únicos atribuem significados a suas experiências e que elas derivam-se do contexto da vida. O contexto da vida é a matriz de relações ser humano - ser humano - ambiente que surgem ao longo do cotidiano.

## **II.2 Sujeitos do Estudo**

Em função da temática escolhida para este estudo - seguimento do recém-nascido de alto risco, definimos como sujeitos da pesquisa todos os profissionais de saúde que atuam no *follow-up* das três instituições selecionadas para estudo. Os critérios de inclusão adotados foram: profissionais graduados, com mais de um ano de atuação no serviço de seguimento do recém-nascido de alto risco.

Esta pesquisa contou com a participação de 23 profissionais, atuantes em equipes multidisciplinares que realizam o acompanhamento ambulatorial das crianças egressas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os sujeitos

concordaram, previamente, em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A caracterização dos participantes da pesquisa pode ser observada abaixo.

Tabela 1: Distribuição dos sujeitos por campo pesquisado. Rio de Janeiro, 2005/06.

<b>Campo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Campo 01	11	47,8
Campo 02	02	8,7
Campo 03	10	43,5
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos sujeitos por instituição participante do estudo. Observa-se que nos campos 01 e 03 se localizam a maioria dos sujeitos pesquisados, uma vez que eram equipes maiores e todos os profissionais do *follow-up* participaram do estudo, pois atendiam aos critérios de inclusão, já no campo 02 somente uma profissional não pôde ser incluída na pesquisa por estar atuando a menos de um ano no ambulatório de seguimento. Percebe-se que dos três campos, o campo 01 representa o maior quantitativo de profissionais que atuam no *follow-up* do recém-nascido de alto risco seguido, com uma pequena diferença, pelo campo 03. No campo 02, o quantitativo é muito inferior quando comparado com os outros dois.

Tabela 2: Distribuição dos sujeitos pesquisados conforme a faixa etária. Rio de Janeiro, 2005/06.

<b>Faixa Etária</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
20 a 30 anos	08	34,8
31 a 40 anos	05	21,7
41 a 50 anos	08	34,8
51 a 60 anos	02	8,7
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Observa-se na Tabela 2 que a faixa etária dos sujeitos estudados se concentra no intervalo de 20 a 50 anos; 34,8% dos sujeitos pertencem à faixa etária de 20 a 30 anos; os mesmos 34,8% correspondem à outra faixa etária de 41 a 50 anos de idade; com 21,7% observam-se os sujeitos que compõe a faixa etária entre 31 a 40 anos; e somente 8,7% dos participantes pertencem à faixa etária de 51 a 60 anos.

Na distribuição dos sujeitos por sexo constata-se que dos 23 sujeitos estudados somente 01 é do sexo masculino, caracterizando o sexo feminino como a quase totalidade dos profissionais estudados.

Tabela 3: Distribuição dos sujeitos por tempo de formação (em anos). Rio de Janeiro, 2005/06.

<b>Tempo de Formação</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1-10 anos	10	43,5
11-20 anos	08	34,8
21-30 anos	05	21,7
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Constata-se na Tabela 3 que 10 (43,5%) dos profissionais têm menos de dez anos de tempo de formação, 8 (34,8%) têm de 11 a 20 anos de formado e 5 (21,7%) têm entre 21 a 30 anos de formado, sendo na maioria profissionais que ingressaram nessa atividade nos últimos dez anos.

Tabela 4: Distribuição dos sujeitos de acordo com a formação acadêmica. Rio de Janeiro, 2005/06.

<b>Formação Acadêmica</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Psicóloga	01	4,4
Dentista	01	4,4
Fisioterapeuta	02	8,7
Nutricionista	02	8,7
Terapeuta Ocupacional	02	8,7
Fonoaudióloga	04	17,4

Enfermeira	05	21,7
Médica	06	26,0
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Quanto à distribuição dos sujeitos estudados por formação acadêmica, temos somente 01 (4,4%) psicóloga e 01 (4,4%) dentista nos programas de *follow-up*. Na distribuição temos 02 (8,7%) fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas ocupacionais; 04 (17,4%) fonoaudiólogas; 05 (21,7%) enfermeiras; e com o maior número de profissionais (06 - 26%) a categoria médica. De acordo com esta distribuição pode-se observar que as equipes das instituições estudadas apresentam concentração em três categorias profissionais – fonoaudiologia, enfermagem e medicina - não se podendo afirmar a existência de equipes multidisciplinares, já que não contam com todos os profissionais recomendados para o funcionamento dos serviços de *follow-up*.

Segundo Barbosa (1990), a equipe envolvida no *follow-up* deverá ser interdisciplinar e composta por uma equipe central e uma equipe de consultores. A equipe central é composta pelos seguintes profissionais: coordenador - é o responsável pelo funcionamento do programa e integração dos diversos membros da equipe e deve ter formação em neonatologia, neurologia e pediatria do desenvolvimento, pediatra, enfermeira, assistente social e psicóloga. A equipe de consultores são os especialistas como: neurologistas, fisiatras, oftalmologistas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Tabela 5: Distribuição dos sujeitos segundo a formação em nível de especialização. Rio de Janeiro, 2005/06.

<b>Especialização</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Sim	16	69,5
Não	07	30,5
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Evidencia-se na Tabela 5 que a maioria dos sujeitos, 16 (69,5%) possui o título de especialista e que apenas 07 (30,5%) não fizeram nenhum curso de especialização.

Tabela 6: Distribuição dos sujeitos por tempo de atuação no *follow-up* (anos). Rio de Janeiro, 2005/06.

<b>Tempo de Atuação no <i>follow-up</i></b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1 a 5 anos	14	60,9
6 a 10 anos	09	39,1
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Observa-se na Tabela 6 que dos 23 sujeitos participantes, 14 (60,9%) estão realizando atividades no *follow-up* há menos de cinco anos e que 09 (39,1%) estão atuando no *follow-up* entre 6 a 10 anos, o que demonstra que a maior parte dos profissionais dos serviços de seguimento dos recém-nascidos de alto risco ingressou nesse campo de práticas há pouco tempo. Pode-se inferir que a atuação profissional dos sujeitos estudados teve início em outros setores de atividade, e que apenas após algum tempo de trabalho os profissionais passaram a desenvolver suas atividades no *follow-up*.

Tabela 7: Distribuição dos sujeitos por tempo de atuação profissional no hospital. Rio de Janeiro, 2005/06.

<b>Tempo de Atuação Profissional no Hospital</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1 a 10 anos	18	78,2
11 a 20 anos	04	17,4
21 a 30 anos	01	4,4
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Nesta Tabela 7 percebe-se que somente 01 (4,4%) profissional tem entre 21 e 30 anos de atuação no hospital de origem; 04 (17,4%) têm entre 11 e 20 anos de serviço; e a grande maioria - 18 (78,2%) - dos profissionais, que estão no *follow-up*, têm menos de 10 anos nos hospitais.

## **II. 3 Campos de Estudo**

A pesquisa foi realizada em três serviços de *follow-up* do recém-nascido de alto risco, sendo dois hospitais universitários, situados no município do Rio de Janeiro, que serão identificados como: Campo 01, Campo 02 e Campo 03. Entre tantos hospitais existentes no município do Rio de Janeiro, estes três possuem o serviço de ambulatório específico para o seguimento do recém-nascido de alto risco - o *follow-up*, tornando-se assim campos propícios para se aproximar da realidade estudada.

A caracterização desses serviços foi feita a partir de observação e de entrevistas realizadas com os coordenadores dos *follow-up*, o que será apresentado a seguir.

### **Campo 01**

O Campo 01 se caracteriza por ser um Hospital Municipal, no qual o serviço de acompanhamento do recém-nascido de alto risco teve início no ano de 1990. Da fase de elaboração do projeto até a sua implantação foram treinadas uma coordenadora e uma enfermeira, que se encontram no serviço de *follow-up* até os dias atuais. Este treinamento foi realizado na Maternidade Fernando Magalhães, pioneira no ambulatório de acompanhamento do recém-nascido de alto risco, situada na cidade do Rio de Janeiro.

Esse campo foi a terceira maternidade do município do Rio de Janeiro a implantar o *follow-up* do recém-nascido de alto risco. O programa tem por objetivo acompanhar os bebês egressos da Unidade Neonatal da própria Maternidade, considerados de risco e/ou que passaram por um período prolongado de internação. No acompanhamento ambulatorial, não são admitidas crianças que tenham nascido em outra instituição.

Os bebês admitidos caracterizam-se pela necessidade de um acompanhamento diferenciado, visando o progresso do seu desenvolvimento geral, a identificação precoce de seqüelas e o seu tratamento e/ou encaminhamento para serviços especializados.

A equipe de profissionais é composta por três fonoaudiólogas, um fisioterapeuta, duas terapeutas ocupacionais, três pediatras especialistas em neonatologia, uma enfermeira, uma nutricionista e uma dentista. Comparando a equipe multidisciplinar desta unidade com os demais serviços de *follow-up* do município do Rio de Janeiro, observou-se que é uma das mais completas.

Os atendimentos multidisciplinares ocorrem de segunda a sexta-feira, pela manhã73(b)-3hã73(b)am.(a)-3(s. )rdo é



a cada seis meses. Esses intervalos não são definidos de forma rígida; durante as consultas, os profissionais avaliam a necessidade de cada criança e assim ela poderá voltar antes ou após o tempo predeterminado.

Normalmente, as crianças são acompanhadas até os seis anos de idade. Mas se a equipe identificar, por exemplo, um déficit cognitivo, a criança será acompanhada até sua inserção na escola. Se alguma delas, antes dos seis anos de vida, estiver com o crescimento e desenvolvimento adequado para a sua idade, terá alta do ambulatório de *follow-up* e será encaminhada ao acompanhamento de puericultura.

Os atendimentos ocorrem em salas individuais e a comunicação entre os profissionais se dá, na maioria das vezes, através dos prontuários. No entanto, em alguns momentos, quando um profissional tem alguma dúvida ou sente alguma dificuldade durante o atendimento, este pode sair de sua sala e se comunicar com o outro profissional pessoalmente.

O serviço de *follow-up* enfrenta algumas dificuldades, tais como a falta de material específico para desenvolver a estimulação das crianças, o que prejudica o trabalho educativo com os responsáveis, já que através dessas atividades realizadas nos atendimentos eles aprendem a estimular a criança em casa. Outro problema detectado é a falta de tempo, já que é preconizado para o *follow-up* que cada atendimento ocorra num espaço de trinta a quarenta minutos, o que não é possível devido à grande demanda. Sendo as consultas realizadas em menos tempo, há a necessidade de aumentar a frequência das crianças ao ambulatório. Diminuindo o intervalo de tempo entre as consultas, surge uma outra questão que se refere à dificuldade do responsável, normalmente a mãe, em trazer a criança, seja por dificuldades financeiras, porque trabalha ou, ainda, porque tem um outro filho em casa e não tem com quem deixá-lo.

O espaço físico é identificado como sendo uma outra dificuldade. O quantitativo de salas, quando comparado com a grande demanda, é inadequado para a realização das consultas, já que as crianças são acompanhadas por diferentes profissionais e cada um deles atende individualmente em uma sala. Também não há um espaço destinado para a realização de cuidados básicos com a criança, como uma troca de fraldas ou amamentação.

A proposta inicial da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro era que o serviço fosse destinado ao acompanhamento e ao tratamento de crianças com seqüelas identificadas. Devido às dificuldades surgidas, tais como a desproporção entre profissionais e clientela, a falta de especialistas, entre outras, essa proposta não foi implantada, sendo substituída pelo acompanhamento da criança de risco. No que se refere ao tratamento de crianças com seqüelas que exigem uma maior complexidade de assistência, o encaminhamento para outras unidades de saúde é realizado, respeitando-se a necessidade de cada uma delas, especialmente nos casos de seqüelas neurológicas e/ou motoras.

O tratamento externo, quando necessário, ocorre simultaneamente ao acompanhamento. No entanto, durante as consultas do *follow-up*, o profissional avalia os resultados desse tratamento e a evolução da criança encaminhando, se for o caso, para uma nova unidade.

As crianças atendidas, na sua maioria, residem no município do Rio de Janeiro, sendo todas egressas da Unidade Neonatal da própria Maternidade.

Como forma de incentivo e de ajuda para as famílias com crianças acompanhadas pelo *follow-up*, foi criada uma organização não governamental (ONG) na própria instituição. Os familiares são orientados em relação ao direito, adquirido por lei do deficiente físico, ao vale transporte e a assistente social da maternidade encaminha algumas famílias para os órgãos responsáveis para solicitação, por exemplo, da bolsa família.

## **Campo 02**

O acompanhamento do recém-nascido de alto risco no campo 02, Hospital Federal, teve início há quatro anos, o que corresponde ao período de reabertura da Maternidade.

Este programa tem como objetivo acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças que estiveram internadas na Unidade Neonatal desse Hospital, onde é destacada a necessidade de continuidade da assistência após a alta hospitalar, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças do recém-nato.

Os profissionais que atendem diretamente no ambulatório de acompanhamento da criança de alto risco são: um pediatra, especialista em neonatologia, uma enfermeira e uma nutricionista. Quando identificam a necessidade de acompanhamento psicológico, uma psicóloga do próprio hospital, não especificamente do *follow-up*, realiza o atendimento a essas crianças.

A primeira consulta é realizada pela enfermeira ou pela pediatra, conforme a disponibilidade do profissional. O profissional faz a anamnese (que é padronizada através de um impresso) com os dados desde o período gestacional até o período atual do bebê, tais como alimentação, medicações, eliminações, vacinação e orientações.

Nas consultas subseqüentes, ocorre a continuação do preenchimento do impresso, onde há a avaliação continua da criança/família. Essa avaliação consiste em uma nova anamnese da criança, verificação da caderneta de vacinação, alimentação e o costume familiar de um modo geral. Todo esse processo facilita o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança. Ao observar as anotações anteriores e comparando com as informações atuais, os profissionais conseguem focar melhor o atendimento e direcionar as orientações.

Os atendimentos são realizados em uma grande sala onde os profissionais dividem o mesmo espaço físico, que é limitado para cada um apenas por uma mesa, onde são feitas as anotações.

Sempre que a criança vai ao ambulatório, ela é avaliada pela enfermeira, pediatra e nutricionista. Por estarem todas no mesmo espaço físico, quando precisam trocar informações, essa comunicação ocorre pessoalmente.

As atividades desenvolvidas implicam verificar a evolução do crescimento e do desenvolvimento da criança, de acordo com a sua idade. Quando a criança encontra-se dentro do padrão de normalidade, ela continuará sendo acompanhada, mas se a equipe, neste caso a enfermeira, pediatra e nutricionista, identificar algum problema, ela será encaminhada a um especialista. Foi destacada no *follow-up* a importância das orientações específicas para cada criança e seus responsáveis, na grande maioria representada pela mãe, assim como ocorre um enfoque marcante direcionado para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo.

O atendimento no *follow-up* ocorre duas vezes por semana, às segundas e sextas-feiras, sempre à tarde, e o número médio de atendimentos é de 15 crianças, entre as quais há as que vêm à primeira consulta e também aquelas para consultas subseqüentes.

O intervalo das marcações depende da avaliação da equipe e da necessidade de cada criança. As consultas ocorrem num intervalo de uma semana a 10 dias. Este curto espaço de tempo justifica-se pela necessidade de controle do peso e da anemia da prematuridade.

As crianças são acompanhadas, no ambulatório, até os dois anos de idade. Existe uma proposta de este acompanhamento estender-se até os sete anos, justamente para verificar sua inserção e evolução na escola.

As dificuldades enfrentadas pelo *follow-up* são associadas ao espaço físico desfavorável para os atendimentos, ao pequeno número de profissionais para o grande número de pacientes e ao perfil social da clientela. Neste último aspecto, foi destacada a questão financeira, dificultando a ida dos responsáveis aos atendimentos, podendo comprometer a qualidade do acompanhamento e a evolução da criança. Não se observa qualquer forma de ajuda de custo aos familiares durante o acompanhamento.

As crianças atendidas são provenientes da Unidade Neonatal do próprio Hospital e apresentam os mais variados diagnósticos, predominando a prematuridade e a hipóxia no parto. A grande maioria das crianças é proveniente do município de Niterói e uma pequena parcela do município de São Gonçalo. São, em grande parte, famílias de classe baixa, em que a renda familiar chega a, no máximo, três salários mínimos.

### **Campo 03**

O serviço de *follow-up* do recém-nascido de alto risco no campo 03, Hospital Estadual, ocorre de acordo com as características das crianças atendidas. O acompanhamento é classificado em *follow-up* dos prematuros, que corresponde a todos os nascidos com o peso abaixo de um quilo e meio; e o *follow-up* das crianças, bebês de mais de um quilo e meio que sofreram algum tipo de intervenção na Unidade Neonatal (oxigenioterapia, asfixos, infecções congênitas, entre outras).

As crianças acompanhadas no ambulatório do *follow-up* nasceram na Maternidade do próprio Hospital, são na maioria filhos de mães que realizaram o pré-natal no próprio hospital, que é destinado às gestantes de alto risco, e permaneceram internadas na Unidade Neonatal.

A clientela atendida é diversificada, correspondendo aos moradores do Estado do Rio de Janeiro que são, na sua maioria, pertencentes às classes média baixa e pobre. A instituição não oferece nenhum tipo de ajuda de custo aos familiares que têm crianças sendo acompanhadas.

A característica comum aos dois *follow-up* é a dinâmica do atendimento, que ocorre em uma mesma sala, na qual todos os profissionais atuam juntos. Uma mesma criança é avaliada, ao mesmo tempo, por todos os profissionais presentes, que orientam o responsável de acordo com as necessidades apresentadas pela criança e/ou família.

Observa-se a presença de residentes atuando no atendimento da criança de risco, principalmente nas áreas de enfermagem e medicina, visto ser este um hospital universitário.

O *follow-up* ocorre todas as quartas-feiras sendo, pela manhã, o *follow-up* dos bebês que nasceram com o peso abaixo de um quilo e meio, e, à tarde, o dos bebês com mais de um quilo e meio que tiveram alguma intercorrência no período neonatal. As características dos dois *follow-up* se diferenciam e, por isso, serão apresentados separadamente.

O *follow-up* da manhã iniciou suas atividades em 1996 e atende todos os bebês prematuros abaixo de 1.500g. O objetivo deste programa é acompanhar o crescimento ponderal e a evolução do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, de acordo com a idade corrigida.

Os atendimentos são realizados por uma equipe multidisciplinar, formada por uma pediatra, especialista em neonatologia, que é a coordenadora do programa, duas residentes em neonatologia, três residentes em enfermagem, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta, uma bolsista de fonoaudiologia e outra de psicologia. Esta equipe atende, a cada manhã, de cinco a dez crianças.

Os profissionais acompanham cada criança a fim de avaliar o seu crescimento físico e desenvolvimento psicomotor. De acordo com a evolução de

cada criança, o responsável, geralmente a mãe, é orientada a cuidar e a estimular seu filho em casa. As orientações são direcionadas em relação às práticas diárias com a criança, como: o tipo de alimentação e sua consistência podem interferir no desenvolvimento motor facilitando ou dificultando a fala; realizar a postura correta da criança facilita o seu desenvolvimento psicomotor; a estimulação através do lúdico estimula tanto o desenvolvimento psicomotor como o desenvolvimento cognitivo; essas orientações, entre outras, são respeitadas de acordo com a idade corrigida da criança.

As residentes de enfermagem que atuam no *follow-up* assistem as crianças juntamente com os demais profissionais. Em suas observações, enfatizam o aleitamento materno e a introdução, quando necessário, de novos alimentos, o esquema básico de vacinação e o crescimento e desenvolvimento da criança. A partir desses dados, são elaboradas suas orientações.

As consultas, a princípio, ocorrem mensalmente. Caso a equipe avalie que a criança está com alguma deficiência ou a família enfrentando alguma dificuldade, o atendimento pode ocorrer num menor espaço de tempo. O acompanhamento é feito até que a criança complete um ano de idade, de acordo com a idade corrigida.

Ao questionar as dificuldades enfrentadas pelo *follow-up*, foi citada a falta de um profissional especializado em neurologia, já que, freqüentemente, essas crianças necessitam de avaliação neurológica. Outros problemas destacados são a falta de um espaço físico específico destinado ao *follow-up*, já que o espaço destinado aos atendimentos é uma grande sala adaptada, e a dificuldade para realizar exames complementares.

O *follow-up* da tarde teve início há três anos e se destina a todas as crianças que saíram da UTI Neonatal, com mais de um quilo e meio, tendo passado por alguma intercorrência neonatal. As intercorrências que justificam o encaminhamento para o *follow-up* são as seguintes: asfixia, APGAR menor ou igual a seis no quinto minuto, comprometimento neurológico, alteração no estágio de vigília, hipotonia, convulsão, pequeno para idade gestacional, com o peso abaixo de dois desvios padrões da média da curva de Lubishinco, ultrasonografia transfontanela alterada, broncodisplasia pulmonar, suporte ventilatório (oxy-hood, CPAP nasal e/ou ventilação mecânica) por um período maior que cinco dias. E ainda policitemia, hiperviscosidade, hiperbilirubinemia, fototerapia dupla ou tripla,

exosanguíneotransfusão, sepse, meningite, osteomielite, infecções congênitas incluindo SIDA, patologias cirúrgicas, distúrbios metabólicos, hipoglicemia, hipocalcemia e hipomagnesemia.

A finalidade maior deste ambulatório de seguimento é identificar alterações do crescimento e desenvolvimento neurológico que exijam a intervenção precoce, seja de reabilitação ou estimulação, pois são crianças que, além dos comprometimentos de ganho ponderal, são mais suscetíveis a infecções.

As orientações são desenvolvidas de acordo com a necessidade/diagnóstico de cada criança e sua família. Quando se faz necessário um tratamento específico, que não seja possível realizar no próprio hospital, a criança é encaminhada para uma unidade específica para tratamento ou reabilitação, se possível, próximo à sua residência, pois o hospital não dispõe de todos os especialistas para a realização de determinados tratamentos.

As residentes de enfermagem que atuam no

satisfatório ela não terá alta, mesmo aos quatro anos de idade. Nestes casos, elas terão um espaçamento maior entre uma consulta e outra.

As principais dificuldades enfrentadas pelo *follow-up* são pouca carga horária destinada aos atendimentos no ambulatório de seguimento; espaço físico deficiente; dificuldade de recursos para realização de exames laboratoriais e falta de especialistas.

## II.4 Coleta de Dados

Para a coleta de dados foi empregada a técnica de entrevistas estruturadas, orientadas por um conjunto de questões, gravadas em fita magnética e, posteriormente, transcritas e analisadas.

Como refere Gil (1999, p.117), a entrevista como técnica de coleta de dados

é bastante adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Com a utilização da entrevista, através das falas dos sujeitos, pode-se obter conhecimentos que retratam a realidade comum, individual e coletiva, bem como as representações de um determinado grupo, de acordo com suas condições socioeconômicas, culturais e históricas.

Segundo Minayo (1994, p.57),

a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala de atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva.

De acordo com Gil (1999), as entrevistas possuem vantagens e desvantagens. Uma primeira vantagem se refere a possibilitar a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida; como segunda vantagem pode-se



caracterizá-la como uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano; e a terceira vantagem é que os dados obtidos são suscetíveis de classificação e de quantificação. Uma primeira desvantagem refere-se à falta de motivação do entrevistado para responder as perguntas que lhe são feitas; a segunda desvantagem é justificada pela inadequada compreensão do significado das perguntas; como terceira desvantagem, o pesquisador pode se deparar com fornecimento de respostas falsas, determinadas por razões conscientes ou inconscientes; a quarta desvantagem é a influência exercida pelo aspecto pessoal do entrevistador sobre o entrevistado; e a quinta desvantagem refere-se à influência das opiniões pessoais do entrevistador sobre as respostas do entrevistado.

A técnica de entrevista estruturada, quando comparada à entrevista livre ou semi-estruturada, possibilita a obtenção de respostas mais objetivas e claras a questões previamente definidas pelo pesquisador, considerando a necessidade de se obter um conjunto de informações padronizadas para a exploração do objeto de estudo. Considerando a necessidade de retratar os três serviços estudados segundo as mesmas características, essa técnica se mostrou particularmente adequada a este estudo.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: um roteiro de entrevista composto por 12 perguntas (apêndice A), um questionário de identificação dos sujeitos (apêndice B) e um questionário de caracterização dos serviços (apêndice C).

## **II.5 Análise de Dados**

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática que é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens, desenvolvidas através de procedimentos objetivamente definidos 6(to)-5(s 6BTiv)12(s)]TJz do

Para a mesma autora, o objetivo da análise de conteúdo é centrado na manipulação das mensagens para evidenciar indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a mesma na qual a mensagem foi emitida. Retraduzindo esse objetivo, Oliveira (2005, p.7) afirma que

O objetivo da análise de conteúdo é o de estabelecer uma correspondência entre o nível teórico e o empírico presente no texto, de forma a assegurar ao pesquisador que o corpo de hipóteses, previamente construído ou resultante da própria análise de conteúdo, é verificado pelos dados do texto.

Para Oliveira (2005, p.2), o campo de aplicação da análise de conteúdo é vasto

Em termos de aplicação, a análise de conteúdo permite colocar em evidência conteúdos não manifestos de uma entrevista não diretiva; revelar a axiologia subjacente aos livros escolares; medir a aplicação do político nos discursos; análises da moralidade da época, das representações sociais sobre determinado tema, etc.; destacar o esqueleto ou a estrutura da narrativa das histórias populares, buscando caracterizar o inconsciente coletivo sobre determinado tema; fazer a caracterização do repertório semântico ou sintaxe de base de um setor publicitário; compreender, por exemplo, o papel da mulher na comunicação televisiva; analisar a comunicação cotidiana, seja ela verbal ou escrita.

Bardin (1977) define que a análise de conteúdo se organiza em torno de três etapas, quais sejam: a pré-análise, a exploração do material ou codificação e o tratamento dos dados.

A primeira etapa consiste na pré-análise, fase onde ocorre a escolha dos documentos ou *corpus* de análise, a formulação de hipóteses, dos objetivos da análise, a elaboração dos indicadores que irão fundamentar a interpretação final e a preparação do material para a análise.

A segunda etapa é a exploração do material ou codificação, que consiste num processo no quais os dados brutos são lapidados sistematicamente e agrupados em unidades de registro (OLIVEIRA, 2005), que, por sua vez, se inserem em unidades de contexto. Essas, por seu turno, permitem compreender a significação das unidades de registro. Com a aplicação das regras de contagem surgem os indicadores para a elaboração de categorias, que são construídas

considerando a importância quantitativa e qualitativa dos temas, para atingir os objetivos do estudo.

Na terceira fase, a do tratamento dos dados, de acordo com Oliveira (2005, p.5), "busca-se, colocar em relevo as informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples (frequência) ou mais complexas como a análise fatorial, permitindo apresentar os dados em diagramas, figuras, modelos, etc."

A autora ainda destaca alguns critérios que podem facilitar a construção das categorias empíricas na análise de conteúdo, podendo ser considerado como características das boas categorias: homogeneidade; exaustividade, exclusividade, objetividade e adequação. Um segundo conjunto de características das boas categorias pode ser destacado: importância quantitativa dos temas (que refere ao total de unidades de registro no conjunto da análise e unidades de registro por entrevista) e importância qualitativa dos temas para o objeto de estudo.

Para o desenvolvimento dessa análise, foram adotados os procedimentos e instrumentos (apêndice D) definidos por Oliveira (2005).

## **II. 6 Aspectos Éticos da Pesquisa**

Este estudo está respaldado na Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Durante a fase de projeto, esta pesquisa foi submetida à avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das três instituições estudadas.

Todos os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão no estudo e que concordaram em participar da pesquisa foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E).

### III. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### III.1 Perfil Geral da Análise

Este capítulo tratará dos resultados e da discussão das categorias identificadas na análise de dados. Para a construção das categorias, foi considerada a necessidade de identificação das representações presentes nos discursos e das práticas do seguimento das crianças de alto risco desenvolvidas pelos sujeitos, segundo seu próprio relato.

Conforme pode ser observado na tabela 8, o conjunto de 23 entrevistas foi subdividido em 1544 unidades de registro (UR), 152 temas, a partir dos quais 66 temas de relevância foram isolados, dando origem a 12 subcategorias e 8 categorias, identificadas por letras (A - H). O procedimento de análise e os seus resultados parciais se encontram no quadro da análise de conteúdo.

Na categoria A, **A Percepção da Criança de Risco**, os profissionais de saúde descrevem as características do recém-nascido de risco e, em particular, dos bebês prematuros. Referem a diferença do ritmo de crescimento e desenvolvimento dessas crianças, suas dificuldades e limitações de acordo com as enfermidades adquiridas. Destacam ainda que os prematuros, quando estimulados precocemente e de maneira eficaz, são menos propensos a apresentarem seqüelas. Observa-se no quadro da análise de conteúdo que a categoria A representa 26,6% do total das unidades de registro (UR).

A categoria B, **Objetivos e Significados do Follow-up** representam 23% do total das UR. Esta categoria foi constituída a partir dos elementos representacionais sobre o objetivo do acompanhamento do recém-nascido de risco, o qual é identificado como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido de alto risco, na identificação de doenças, prevenção de seqüelas e promoção da saúde. Referem a importância do acompanhamento de maneira simultânea para a criança e para a mãe e/ou família.

A categoria C, **A Percepção do Funcionamento do Follow-up**, descreve o *follow-up* como acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças consideradas de alto risco, ou seja, que permaneceram internadas em uma UTIN/UI.

Esse acompanhamento é percebido como ocorrendo de acordo com a idade corrigida de cada criança, sendo as mesmas estimuladas visando à prevenção de seqüelas.

Destaca-se o não reconhecimento de atribuições definidas para cada profissional participante do acompanhamento, mas no seu lugar as atribuições específicas de cada profissional que atua no acompanhamento do recém-nascido de alto risco são definidas no cotidiano do atendimento, caracterizando um baixo nível de institucionalização desse programa. Nesse particular, cada profissional, ao atender a criança, direciona suas atividades de modo a prevenir seqüelas e destacar as orientações específicas para o crescimento e desenvolvimento.

Durante o acompanhamento, quando identificada alguma necessidade de tratamento, as crianças são encaminhadas para centros especializados. A comunicação entre o profissional e a mãe e/ou familiares é considerada fundamental para a compreensão dos responsáveis da necessidade do acompanhamento e da estimulação como forma de prevenir e amenizar as seqüelas. Esta categoria corresponde a 5,8% das UR.

Na categoria D, **A Atividade Educativa no Follow-up**, a atividade educativa é reconhecida como ferramenta essencial do trabalho de acompanhamento, de prevenção de seqüelas e promoção da saúde, sendo valorizada pelos profissionais. A atividade educacional torna possível a aproximação do profissional com a realidade da mãe/família, facilitando na elaboração das orientações a serem realizadas. Esta categoria corresponde a 5% das UR.

A categoria E, **Atitudes e Sentimentos Maternos e Familiares Diante do Follow-up**, trata da dinâmica de sentimentos vivenciados pelas mães e familiares durante a internação na UTIN/UI, na alta hospitalar, durante o *follow-up* e a alta deste. Nesse processo, são observadas diversas mudanças de comportamento tanto na mãe quanto na família. Para algumas mães, o *follow-up* representa mais do que um acompanhamento, ele representa a certeza de que o seu filho poderá sobreviver sendo bem assistido. Observa-se que muitas mães demonstram tristeza e insegurança quando seus filhos têm alta do *follow-up*. Quanto ao grupo familiar, observa-se o destaque dado pela maioria dos profissionais como de extrema importância que os familiares participem do acompanhamento, o que se reflete nas respostas das crianças. Reconhecem que, durante os atendimentos, a possibilidade

de tratar de questões familiares facilita a intervenção nas condutas adotadas com as crianças. Nesta categoria ainda é importante destacar a participação do pai, reconhecida por alguns profissionais como fundamental para obtenção de melhores respostas ao acompanhamento e/ou ao tratamento. Conforme o quadro da análise de conteúdo, esta categoria representa 11,3% do total das UR.

A categoria F, que consiste no **Perfil da Clientela e a Possibilidade do Acompanhamento**, retrata as características da clientela atendida nos serviços de *follow-up*. Na sua maioria são pessoas de baixa renda, que necessitam de alguma forma de ajuda, material e psicossocial, para que possam atender as suas necessidades cotidianas e as dos seus filhos. Esse perfil se associa à necessidade de garantia de permanência e de impedir a evasão da criança do acompanhamento. São retratadas as estratégias desenvolvidas pelos profissionais que atuam no *follow-up*, para manter o acompanhamento, de modo a reduzir as faltas e/ou abandonos, assim como as respostas maternas e familiares. Essas estratégias buscam a manutenção do acompanhamento, diante de tantas dificuldades sociais observadas. Esta categoria corresponde a 12% do total das UR.

Na categoria G, **O Trabalho Interdisciplinar no Follow-up**, a existência de uma equipe multidisciplinar que compõe o acompanhamento é afirmada, bem como os pontos positivos e negativos dessa forma de trabalho. Como pontos positivos destacam-se as discussões de casos e a comunicação entre os profissionais, mesmo através de prontuários ou informal. Como pontos negativos destacam-se as dificuldades dos profissionais de se reunirem para discutirem os casos e a organização do serviço. Outro aspecto relevante refere-se a que muitos profissionais que atuam nos *follow-up* desconhecem a existência de outros serviços que possuem o mesmo objetivo, bem como que a maioria dos profissionais que compõe nessa atividade não é específica do ambulatório de *follow-up*. Revela, ainda, a existência de desproporção no quantitativo de profissionais por categoria. Como pode ser constatada no Apêndice G, esta categoria corresponde 10,3% das unidades de registro.

Na categoria H, **A Participação da Enfermeira no Follow-up**, percebe-se que a enfermeira, como membro da equipe multidisciplinar, necessita melhor definir o seu papel no acompanhamento dessas crianças, demonstrar a sua importância e assim conquistar o seu espaço. Esta categoria representa 6% do total das UR.

A seguir, serão apresentados os detalhamentos dos conteúdos característicos das categorias, assim como a sua discussão.

Tabela 8: Categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>Nº</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>	<b>Nº</b>
<b>A) A Percepção da Criança de Risco</b>	44	Percepção da criança de risco	44
<b>B) Objetivos e Significados do <i>Follow-up</i></b>	57	Objetivos e significados do <i>follow-up</i>	57
<b>C) A Percepção do Funcionamento do <i>Follow-up</i></b>	109	A Percepção do Funcionamento do <i>follow-up</i>	22
		Percepção das Ações Desenvolvidas pela Equipe Multiprofissional no <i>follow-up</i>	15
<b>D) A Atividade Educativa no <i>Follow-up</i></b>	72	Atividade Educativa no <i>follow-up</i>	72
<b>E) Atitudes e Sentimentos Maternos e Familiares Diante do <i>Follow-up</i></b>	125	A Participação da Família no <i>follow-up</i>	61
		Atitudes e sentimentos das mães e das famílias diante do <i>follow-up</i>	64
<b>F) Perfil da Clientela e a Possibilidade do Acompanhamento</b>	69	A Permanência e a Evasão do Acompanhamento	35
		Perfil da Clientela	34
<b>G) O Trabalho Interdisciplinar no <i>Follow-up</i></b>	150	O Trabalho Interdisciplinar no <i>follow-up</i>	31
		Perfil e Formação do Profissional do <i>follow-up</i>	119
<b>H) A Participação da Enfermeira no <i>Follow-up</i></b>	14	A Participação da Enfermeira no <i>follow-up</i>	14

## **III.2 O *Follow-up* Visto pelos Profissionais de Saúde**

### **A Percepção da Criança de Risco**

Para melhor compreensão desta categoria, voltamos à definição do recém-nascido de alto risco. O recém-nascido pode ser considerado de alto risco quando apresenta fatores que estão relacionados com prematuridade, pós-termo, complicações fisiológicas, maternas e processos infecciosos.

A prematuridade é responsável pelo maior número de internações nas UTIN/UI. As crianças nascidas pós-termo são mais suscetíveis à angústia fetal associada à menor eficácia da placenta, macrossomia, anomalias congênitas e síndrome da aspiração de mecônio. As complicações fisiológicas podem ser exemplificadas pela hiperbilirrubinemia, doença hemolítica do recém-nascido, síndrome da angústia respiratória, cardiovasculares, cerebrais e convulsões neonatais. As complicações relacionadas aos fatores maternos podem ser devido a alguma patologia, uso de drogas e infecções que comprometam o recém-nascido. O processo infeccioso ou sepse, por sua vez, pode acometer o recém-nato decorrente de sua imunidade inespecífica e específica baixa (WHALEY, 1997).

Portanto, o recém-nascido de alto risco apresenta instabilidade fisiológica e/ou hemodinâmica, como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, prematuridade, asfixia perinatal, problemas durante a gravidez, necessitando de cuidados intensivos após o nascimento. (TAMEZ, 2002)

Através desta categoria percebe-se que a criança de risco deve ser considerada diferentemente de uma criança sadia, pois ela possui particularidades relacionadas ao seu início de vida que determinam o seu crescimento e desenvolvimento.

É fundamental as representações na medida em que elas fornecem indícios sobre as formas de pensar e agir relativas aos objetivos sociais.

Moscovici apud Sá (1993, p.26) refere que as “Representações Sociais, por seu poder convencional e prescrito sobre a realidade, terminam por constituir o pensamento em um verdadeiro ambiente onde se desenvolve a vida cotidiana.”



A Representação Social é uma forma pela qual indivíduos e grupos interpretam e pensam a realidade cotidiana, a partir de experiências, informações, saberes, modelos de pensamento recebidos e transmitidos pela tradição, educação e comunicação social. São modalidades de pensamento prático, socialmente elaborada e partilhada, orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal.

De acordo com alguns exemplos retirados das entrevistas, exemplifico este conteúdo representacional:

*existe sim um bebê que desenvolve menos que o outro, que tem a mesma idade corrigida, mas o outro faz muito mais coisa.*  
(E. 01- Psicóloga)

*poder acompanhar ele e ver como ele vai responder motora, neuromotoramente na idade cronológica dele, como ele vai..., como vai passar, se ele vai sustentar a cabeça, com o tempo exato ele vai rolar, ele vai assumir posturas com o tempo que deveria ter, e a gente vai fazendo esse acompanhamento.*  
(E.02- Fisioterapeuta)

*o desenvolvimento motor de uma criança prematura é mais*  
- Fonoaudióloga)

A partir dos relatos, podemos afirmar que existe uma diferença no ritmo de crescimento e desenvolvimento de cada criança reconhecida pelos entrevistados. De acordo com o primeiro exemplo, a criança pode ter a mesma idade corrigida e apresentar um desenvolvimento diferente, esta resposta pode estar diretamente relacionada com a particularidade de cada criança ou com o estímulo investido na mesma. No terceiro exemplo, fica caracterizada a diferença existente no desenvolvimento de crianças prematuras e a termo.

A literatura especializada esclarece que os bebês prematuros são mais propensos a apresentarem seqüelas físicas e dificuldade de aprendizagem e intelectual. Rodrigues (2006, p. 7) afirma que

Estima-se que as crianças nascidas prematuramente apresentem até 50% mais probabilidade de necessitar de educação especial, quando comparadas com as crianças a termo. Uma das principais causas da necessidade de educação especial é a dificuldade específica de aprendizagem. Sendo assim, esses resultados têm se tornado cada vez mais importantes, não só para pais e equipe de saúde, mas também para as escolas e planos educacionais.

Sabemos que inúmeros fatores interferem no crescimento e desenvolvimento da criança, sejam eles de ordem biológica, social, econômica, cultural, psíquica e espiritual, tornando difícil prever determinado perfil de desenvolvimento para uma criança em particular.

No entanto, ao falar de crianças de risco, especialmente as prematuras, esses fatores se transformam em riscos concretos ao seu crescimento e, especialmente, ao seu desenvolvimento cognitivo, notadamente no que se refere ao desenvolvimento da aprendizagem.

Em função disso, ao acompanhar uma criança, devemos valorizar todos esses fatores e buscar reconhecer a sua importância para cada criança em particular, intentando prevenir seqüelas. Nesse aspecto, Magalhães (2003, p.3) afirma que

Independente da perspectiva adotada, mais biológica ou social, são muitas as evidências de que as crianças pré-termo estão sob maior risco para apresentar atraso perceptual, motor e cognitivo, associado ou não a problemas de comportamento e déficit de atenção. Como todas as áreas citadas influenciam o desempenho escolar, como medida preventiva, recomenda-se o acompanhamento de desenvolvimento dessas crianças, pelo menos até a idade escolar.

Pudemos observar esse traço representacional no grupo estudado, conforme exemplificação das seguintes falas:

*existem alguns, algumas pesquisas atuais que eu ouço assim, de muitas conferências que dizem que os prematuros tem dado, tem tido muita seqüela na parte do aprendizado. (E.10-Fonoaudióloga)*

*É uma coisa que a gente vê muito, prematuros com dificuldade de aprendizagem... (E.15- Médica)*

A representação social é uma forma específica de conhecimento, o saber prático, que liga um sujeito a um objeto, seja ele de natureza social, material ou ideal.

Para Jodelet (2001, p.22),

A representação social é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico.

Como estudo dos fenômenos, as representações sociais se apresentam de formas variadas e complexas. São imagens que se juntam em um conjunto de significações, sistemas de referências que permitem interpretar os acontecimentos, as categorias que servem para classificar as circunstâncias, os fenômenos e os indivíduos que se relacionam.

Ainda para Jodelet (2001, p.28), “todo estudo de representação passará por uma análise das características ligadas ao fato de que ela é uma forma de conhecimento.”

“Representar um objeto social é construir formas de pensar e explicar esse objeto. Construir uma representação social de um objeto é compartilhar dos modelos de pensamento e de explicações existentes na sociedade.” (SANTOS, 2000, P.156)

Deve-se destacar que os programas estudados são, em sua totalidade, de implantação recente e, portanto, que as crianças acompanhadas nesses serviços estão crescendo e apenas agora estão sendo identificados os primeiros resultados do investimento feito na prevenção de seqüelas futuras. Dessa forma, a associação entre prematuridade, atraso no desenvolvimento e prevenção através da estimulação, presente nesta categoria, reflete muito mais a parte do conhecimento

científico da neonatologia que afirma essa relação, do que propriamente a observação de dados empíricos concretos, resultantes da prática profissional e do acompanhamento.

Podemos exemplificar a assertiva anterior através das seguintes falas:

*eu diria que a prematuridade ela nem traz tanto dano não, é claro que a gente não acompanha esse bebê depois, e a gente tem trabalhos dizendo que, que... o desenvolvimento da escola, na escola tem algumas seqüelas, onde a gente não acompanha depois dessa idade, mas a questão de fala e de linguagem a gente consegue superar, agora os neuropatas fica mais complicado, eles são crianças neurologicamente deficientes. (E.19- Fonoaudióloga)*

*tem um bebê que acompanha com a gente de seiscentos e noventa gramas, a única seqüela é uma hemiparesia. (E.12- Médica)*

*apesar de tudo, a gente tem poucas seqüelas neurológicas, porque as displásicas, quando a criança já tem uma displasia broncopulmonar elas apresentam, por exemplo, uma lesão mas a gente tem muito pouco, muito pouca lesão, até em termos da prematuridade, em termos ocular, são muito poucos, retinopatia a gente quase não tem. (E.14- Médica)*

Através da falas, os profissionais representam as características dos recém-nascidos de alto risco. Identificam a diferença no ritmo de crescimento e desenvolvimento dessas crianças, suas dificuldades e limitações de acordo com as enfermidades. Referem que as crianças, quando estimuladas precocemente, são menos propensas a apresentarem seqüelas.

### **Objetivos e Significados do *Follow-up***

A categoria evidencia os significados e objetivos associados ao seguimento do recém-nascido de alto risco. O *follow-up* significa a continuidade da assistência ao recém-nascido considerado de risco, após a alta hospitalar. Nos atendimentos, é exigida da equipe multidisciplinar atenção cuidadosa para o reconhecimento de situações de desvios no padrão de crescimento e desenvolvimento da criança, para uma adequada intervenção. Barbosa (1990) ressalta que o atendimento deve consistir em avaliação periódica do crescimento e desenvolvimento neuropsicossensorial, detectando precocemente os desvios da normalidade para encaminhamento para tratamento específico.

Quando os desvios da normalidade são identificados precocemente, as crianças podem ser acompanhadas, estimuladas e encaminhadas aos centros especializados, de forma a prevenir ou amenizar as possíveis seqüelas. O *follow-up*, nessa medida, também representa prevenção de seqüelas.

Os profissionais entrevistados representam o *follow-up* dentro desse contexto de ação preventiva de danos futuros, o que pode ser observado através das seguintes falas:

*O objetivo é vigiar, é preventivo... o acompanhamento do bebê de risco é preventivo. (E.11- Médica)*

*então eu acho que a nossa intervenção, de todo follow-up é..., quer dizer, é importante, a importância está exatamente nisso, você poder ver, prevenir. (E.18- Terapeuta Ocupacional)*

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a manutenção da periodicidade das consultas de acordo com o fator de risco é fundamental e deve se constituir em objetivo a ser alcançado para que a intervenção, quando necessária, ocorra precocemente, amenizando e/ou prevenindo o agravamento de disfunções já instaladas.

*O objetivo do follow-up é identificar a criança que tem um atraso ou uma disfunção e encaminhar para tratamento. (E.02- Fisioterapeuta)*

*Do follow-up que é você fazer uma intervenção precocemente, possível nos casos que necessitam, para que você dentro da filosofia aqui quer dizer hoje, em termos de intervenção de crianças de risco que quanto mais precoce você trabalha, com mais recursos a nível de sistema nervoso você está lidando, porque é um cérebro com mais plasticidade, e o quanto mais cedo você intervir, mais você tem condições de substituir os sistemas que não estão adequados por outros e criar então uma qualidade de vida, um desenvolvimento melhor possível, o mais próximo do normal possível para essas crianças... (E.16- Terapeuta Ocupacional)*

Um outro objetivo do *follow-up*, identificado pelos entrevistados, é a diminuição do custo hospitalar, que se reflete como benefício para a própria sociedade. Além disso, a redução das internações favorece a criança e os seus familiares, evitando as conseqüências e os traumas que as mesmas podem acarretar.

*é um trabalho lento e demorado, mas que tem retorno, socialmente você diminui muito o índice de internação, você diminui o custo hospitalar. (E.12- Médica)*

A percepção de que todo trabalho realizado no *follow-up* deve ser direcionado para a criança e para o seu responsável está presente no grupo estudado. Essa percepção se reflete na afirmação de que o acompanhamento deve ocorrer de maneira simultânea para pais e filhos, pretendendo desta maneira integrar a mãe/familiares no programa de forma que compreenda a importância desse acompanhamento específico para a criança. A partir do momento que as mães percebem o resultado do acompanhamento, elas se mostram mais interessadas nas

orientações e se tornam mais participativas durante os atendimentos, assim como realizam em casa as atividades específicas de estimulação para o seu filho.

*follow-up não é só rever a criança, é rever a família. (E. 05- Residente de Enfermagem)*

*essa mãe pode está cansada, pode está estressada, mas que ela tem que receber um tratamento carinhoso, um afeto especial para que ela possa responder, porque depende dessa mãe para poder ter resposta na criança! (E.22- Nutricionista)*

A enfermeira tem como um dos objetivos na sua assistência ajudar a família a desenvolver compreensão, habilidades e confiança para dispensar cuidados adequados com a criança. Para isso, a enfermeira deve planejar intervenções para ajudar os familiares a lidar com a crise de um recém-nascido de alto risco e preencher as suas necessidades. Essas intervenções devem focalizar as necessidades físicas e de desenvolvimento e as necessidades práticas e emocionais da família.

Podemos destacar como outro objetivo do *follow-up* observado neste estudo a promoção da saúde. Souza (2004) conceitua promoção da saúde como sendo o processo que capacita a população a exercer e aumentar o controle sobre a saúde, sendo dessa forma relativa ao bem-estar individual e coletivo.

A promoção da saúde pode ser descrita como uma importante estratégia da saúde coletiva, contrapondo-se à medicalização da sociedade em geral e no interior do próprio sistema de saúde. Atualmente, a promoção da saúde é entendida como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as condições sociais que são críticas para melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida das pessoas. (MOYSÉS, 2004)

Nesse aspecto, Queiroz (2006, p. 1) refere que

Na atenção à saúde da criança, há estreita relação entre a Educação em Saúde e a promoção da saúde, visto que as ações implementadas em todos os níveis de atenção, além de tratar e/ou prevenir doenças, destinam-se, também, a promover o crescimento e desenvolvimento infantil, numa perspectiva de qualidade de vida. As

ações de promoção da saúde devem ser acionadas por meio de estratégias que envolvam a coletividade em geral e a família, esta como responsável pela criança e como detentora de um saber que não poderá ser descartado, mas aperfeiçoado e/ou adaptado ao saber científico dos profissionais.

Percebemos nas seguintes falas que os profissionais que acompanham as crianças e seus familiares caracterizam a promoção da saúde como objetivo desse serviço:

*Então é isso, o objetivo é promover a saúde. (E.10- Fonoaudióloga)*

*Esse bebê a gente começa a promover a saúde, ao estímulo precoce dessa criança... (E.09- Enfermeira)*

A promoção da saúde pode ser concebida como um fenômeno social que contribui para a qualidade de vida e visa ao controle, implementação e manutenção do bem-estar físico, mental, social e espiritual dos sujeitos e grupos sociais (SOUZA, 2004).

Partindo desses princípios, podemos inferir que no *follow-up* a promoção da saúde pode contribuir como uma estratégia facilitadora para a inserção social da criança e da família, conforme as falas abaixo:

*o objetivo é esse, é a gente conseguir colocar essas crianças no mundo... (Entrevista 18-Terapeuta Ocupacional)*

*Acompanhar é adaptar essa criança ao meio, a sociedade... integrando principalmente essa criança na escola. (Entrevista 20-Fisioterapeuta)*

O seguimento do recém-nascido de alto risco é representado pelos profissionais de saúde como sendo fundamental na identificação de doenças, prevenção de seqüelas e na promoção da saúde. E também identificam a



necessidade de que este acompanhamento ocorra de forma simultânea à criança e à família.

### **- A Percepção do Funcionamento do *Follow-up***

Devido aos avanços tecnológicos na área perinatal, que resultaram numa diminuição crescente da taxa de mortalidade neonatal, ocorreu a necessidade da organização de um programa direcionado ao seguimento do recém-nascido de alto risco.

Com a diminuição da mortalidade neonatal, obtivemos um maior número de sobreviventes normais, mas também contribuiu para o aumento absoluto de crianças com seqüelas muitas vezes incapacitantes. Essas crianças devem ser acompanhadas no programa ambulatorial – o *follow-up*, onde proporciona uma visão mais abrangente do cliente para o diagnóstico e a intervenção precoces nos distúrbios do crescimento e desenvolvimento.

Barbosa (1998, p.01) refere que “o programa de acompanhamento deve ser uma extensão da unidade intensiva neonatal, adaptado à realidade e às necessidades de cada centro hospitalar e dos objetivos almejados”. Nesse sentido, destacam-se as questões como suporte familiar, detecção precoce dos desvios do desenvolvimento, avaliação clínica periódica e pesquisa, entre outras.

Todas as crianças acompanhadas no *follow-up* são examinadas de acordo com a sua idade corrigida (idade corrigida é a idade pós-natal menos o número de semanas que faltou entre o nascimento prematuro e o referencial de 40 semanas – diferença entre 40 semanas e idade gestacional). (BARBOSA, 1998)

*a gente acompanha o desenvolvimento motor pela idade corrigida, até mesmo ele foi um prematuro e tem mesmo um atraso. (E. 05-Residente de Enfermagem)*

*a gente mesmo faz, que é ver a idade da criança, cronológica, a idade corrigida, e a idade gestacional corrigida, que a gente*

*conta a partir de quarenta semanas, que é quando a criança teoricamente nasceria...(E. 07-Residente Médica)*

Essas falas demonstram que os profissionais relacionam uma das propostas do programa, que é acompanhar de acordo com a idade corrigida com as suas práticas profissionais. Quando o profissional identifica a idade da criança de acordo com a idade corrigida, fica mais fácil avaliar o desenvolvimento da criança e assim, elaborar as orientações específicas e prestar a assistência adequada.

Barbosa (1998) afirma que o acompanhamento do recém-nascido de alto risco deve ser feito até a idade escolar, por uma equipe multidisciplinar.

Compreendendo a complexidade da criança e os reflexos que sua vivência terão para a vida adulta, temos um ponto de partida para a compreensão das forças e condições que fazem do homem um ser social. Nessas condições, acompanhá-la até a idade escolar é um modo de contribuir e de facilitar a sua inserção na sociedade.

Os exemplos a seguir são ilustrativos:

*Acompanhamento todo, completo da criança até, até o escolar, para poder intervir, sempre que for observado uma deficiência, um problema, pra que essa criança possa recuperar da melhor forma possível, pra que não traga nenhum prejuízo no seu desenvolvimento, na sua formação. (E.06-Residente de Enfermagem)*

*a gente tem problema depois na parte cognitiva, então a gente tem que esperar essa criança entrar na escolinha pra ver como ela está se comportando, se ela está conseguindo na parte motora fina, se ela está conseguindo fazer aquilo que tem que fazer...(E.09-Enfermeira)*

*Acompanhar, adaptar essa criança ao meio, a sociedade, detectar quaisquer complicações de ordem motora, psicológica,*

*auditiva, visual, fala qualquer distúrbio, e integrando principalmente essa criança como a gente integra essa criança na escola. Acompanhar até a idade escolar. (E.20-Fisioterapeuta)*

Através dos relatos, os profissionais percebem a necessidade de acompanhar as crianças até a idade escolar, facilitando a identificação precoce de seqüelas, como déficit cognitivo. E quanto mais tempo estiver acompanhando essa criança, torna-se mais fácil observar a sua inserção e adaptação ao seu contexto social, cultural e econômico. Mas essa representação não condiz muito com a prática exercida pela equipe multidisciplinar.

Esta prática não é exercida conforme seria idealizado pelo programa, devido a realidade atual da saúde no Brasil, pouco investimento na área da saúde de um modo geral e principalmente na saúde pública, nos aspectos de prevenção, promoção e educação em saúde. Sendo assim, encontramos poucos serviços especializados em acompanhar recém-nascido de alto risco, tornando difícil absorver toda demanda por seu grande quantitativo. Isso é exemplificado pela seguinte fala:

*E a demanda por ser muito grande a gente não consegue absorver. (E.02-Fisioterapeuta)*

Quando durante o *follow-up* é identificada alguma necessidade de tratamento ocorre outra dificuldade, a existência de poucos centros especializados em tratamento e reabilitação. Mais uma vez essa clientela é vítima do setor saúde, a falta de investimento e, principalmente, o descaso com as pessoas que dependem do serviço público. Percebemos a situação conforme as falas a seguir:

*a gente vai encaminhando para todo mundo, onde está fácil então manda, porque a dificuldade é muito grande. (E.11-Médica)*

*nossa dificuldade grande é, acho que a principal acima de todas, todas assim, é encaminhar essas crianças para tratamento. A disfunção neuromotora, a grande, a minha grande dificuldade é essas mães conseguirem um local e conseguirem assiduidade, que possa levar o filho para uma terapeuta ocupacional, que consegue derrepente uma fonoaudióloga e fisioterapeuta. Mas, às vezes só consegue fonoaudióloga, essa é a grande dificuldade encaminhar, as mães conseguirem na rede. Na rede não tem... (E.02-Fisioterapeuta)*

Através dessas falas e do que foi observado durante a realização da pesquisa, evidenciou-se que há uma restrição ao acesso e uma falta de estruturação da rede em relação à assistência prestada a essas crianças.

Cada instituição que tem o serviço de *follow-up*, para atender as suas crianças cria critérios de inclusão. Esses critérios são elaborados conforme a estrutura institucional que neste caso iremos considerar como sendo: perfil da clientela, espaço físico, recurso humano e recurso material. Com isso, o atendimento no *follow-up* ocorre de acordo com a necessidade da demanda. São comuns as falas:

*Conforme o decorrer da consulta a gente levanta a necessidade das necessidades, e vai tentando dá conta, suprir, orientar... (E.06-Residente de Enfermagem)*

*mas levando em conta que é um indivíduo, que cada bebezinho tem uma característica diferente, tem uma necessidade diferente... (E.22-Nutricionista)*

Durante o acompanhamento, as crianças são estimuladas todo tempo. Para desenvolver este tipo de trabalho, é necessário material específico para estimular o crescimento e desenvolvimento, mas uma queixa comum dos profissionais é

justamente a falta destes materiais. Tendo que realizar as suas atividades e orientar as mães para a estimulação em casa, através do improvisado com material que faça parte do seu cotidiano. Como refere a seguinte fala:

*a dificuldade é a falta de material específico... (E.20-Fisioterapeuta)*

A avaliação ocorre constantemente durante os atendimentos. Caso uma criança esteja respondendo adequadamente ao crescimento e desenvolvimento, sendo considerada dentro do padrão de normalidade, ela poderá ter alta do *follow-up* antes de atingir a idade escolar; ao contrário, crianças que não têm uma resposta positiva terão que permanecer por mais tempo.

Na verdade, a alta do *follow-up* será estipulada conforme a resposta da criança ao acompanhamento e/ou tratamento.

*Porque a mãe tem dificuldade, porque a professora tem dificuldade, pede para retornar por conta da prematuridade, então a gente tem criança mais velha, tem crianças de oito, nove anos que não está tendo condição de alta. A gente dá condição de alta quando a criança está pronta. (E.09-Enfermeira)*

Nesta categoria ainda podemos destacar que os profissionais percebem o *follow-up* como o reflexo do cuidado da unidade de terapia intensiva neonatal, representado pelas falas abaixo:

*uma coisa que eu percebo muito aqui no follow-up, as crianças com vício de postura, será que dentro da incubadora a gente não poderia ter dado mais atenção, um olhar diferenciado pra tentar virar a cabecinha, não viciar .....Então, eu acho que isso faz a gente ter um outro olhar na assistência. (E.04-Residente de Enfermagem)*

*ver se todos os procedimentos que foram feitos houve alguma coisa que tenha comprometido e possa vir a comprometer o desenvolvimento. (E.10-Fonoaudióloga)*

Conforme pode ser observado nos depoimentos e na caracterização dos serviços, as atividades participantes do programa de acompanhamento da criança de risco não são claramente definidas nos serviços estudados, o que determina a falta de conhecimento dos profissionais do que seria esperado como ações programáticas do *follow-up*.

Observa-se a existência de práticas profissionais associadas a cada especialidade que atua no *follow-up* sem, no entanto, uma definição do que seria o campo próprio de cada área e das relações de complementaridade estabelecidas entre as ações.

Conforme algumas falas, identificamos as práticas dos profissionais que fazem parte da equipe interdisciplinar do *follow-up*:

*Na psicologia a gente trabalha com essa linha teórica que é a psicanalítica. Então, a gente vê uma coisa subjetiva que vai além das coisas que estão acontecendo naquele momento, tem uma história de uma gravidez, de uma história de um desejo dessa mãe, por ali que a gente vai trabalhando. (E.01-Psicóloga)*

*A minha atividade como dentista é acompanhar essa criança, ver toda a história da dieta da criança, de higiene oral aí eu faço as orientações em relação a isso... tem a macri que é uma espécie de maquininha para atendimento de bebês, de odontologia, aí eu faço o exame, verifico se tem cárie, se tem cárie eu trato aqui mesmo, que aqui, que aqui tem uma técnica de remoção da cárie com o instrumental e depois passo flúor. E as mães eu atendo também lá em baixo (ambulatório de odontologia), as mães que querem eu marco e faço o atendimento. (E.17-Dentista)*

*As nossas ações, que a gente visa mesmo, é identificar esses atrasos, se é um atraso do desenvolvimento ou se é uma disfunção neuromotora da fisioterapia. A nossa ação básica é identificar os atrasos de movimento e a disfunção neuromotora e encaminhar para o tratamento. (E.02-Fisioterapeuta)*

*A fisioterapia que vê toda parte do desenvolvimento motor e a parte respiratória, e a gente integra isso a questão cognitiva. De acordo com a idade corrigida. (E.20-fisioterapeuta)*

*Faço a anamnese da mãe e da criança, da situação socioeconômica, a anamnese alimentar, vejo como foi a gravidez desta mãe, se ela teve uma alimentação adequada, se teve um ganho de peso adequado, se ela tomou algum medicamento por conta própria ou por orientação, que tipo de orientação ela teve durante a gestação em prol do aleitamento materno, ou em prol de uma saúde gestacional adequada, depois que eu colho todos esses dados eu verifico o ganho de peso do bebê, do nascimento até o primeiro dia da consulta, e faço o gráfico e começo a fazer o acompanhamento, se esse bebê foi um bebê que foi desmamado precocemente, eu tento buscar o motivo do desmame, se foi por conta própria, se foi uma orientação da maternidade e aí eu trabalho em cima disso, se eu sinto que há alguma insegurança e falta de orientação da mãe, reforço em cima do aleitamento materno, da importância dele ser exclusivo até o sexto mês de vida... e quando esse bebê completa seis meses se é um bebê de leite materno exclusivo, eu faço a introdução de alimentos complementares. Caso seja um bebê que já foi desmamado precocemente eu faço a orientação e a evolução da fórmula. (E.22-Nutricionista)*

Para Silva (1994), a intervenção no período neonatal é um assunto vasto e ainda bastante polêmico, porém a intervenção destes profissionais deve estar voltada de forma que abranja o contexto familiar, as características da criança, o desenvolvimento esperado, aspectos sócioeconômicos e culturais e a facilitação da interação entre pais e filhos.

Exemplifico com as falas:

*O trabalho da terapeuta ocupacional visa acompanhar o desenvolvimento da criança englobando várias áreas. Enfoca bastante a parte motora, junto com a fisioterapia, a gente vê o desenvolvimento dos órgãos sensoriais, o visual, o auditivo. E vê na conjugação desses recursos do motor e do sensorial, como estabelece então o relacional e o interativo da criança. É assim, o relacional se ela explora o ambiente, se ela se interessa por objeto, se ela leva o objeto a boca, se ela sacode com uma ou duas mãos, está vendo o motor, o sensorial, o visual e o auditivo, mas com enfoque no lúdico, do interativo e do interpessoal também. (E.16-Terapeuta Ocupacional)*

*Especificamente a fonoaudiologia, acompanha o desenvolvimento auditivo, o desenvolvimento visual, faz uma correlação com o desenvolvimento psicomotor, para a gente poder orientar adequadamente, em que etapa que vai começar a alimentação, a gente orienta essa mãe a melhor consistência da alimentação, como oferecer, que utensílios oferecer, a gente fica muito atento ao desmame, da mamadeira, orientar ao uso da chupeta, uma criança até quatro anos chupando chupeta, já tem o trabalho preventivo de observação da estrutura como é que tá a formação dos dentes, como está a postura da língua, como é a respiração, já teve casos da criança dormir somente de boca aberta, foi encaminhado precocemente para o otorrino. A importância da linguagem de acordo com a faixa etária. A gente vê o vínculo, a comunicação dessa mãe com a criança,*



*se a mãe consegue entender e se consegue perceber a necessidade da criança. (E.13-Fonoaudióloga)*

*Realizo consulta de enfermagem, basicamente com a criança consulta de enfermagem, orientação para a mãe de puericultura, porque na verdade eu não posso atender criança grave. Então é a parte de puericultura, criança mais estável, uma criança sem muitos problemas neuropatas, é uma criança que eu até posso atender, mas eu não tenho especificação para isso. Então eu posso dar orientação básica para ela, mas eu não posso medicar. Oriento em relação às dietas, cuidados em casa, de condicionamento, de postura e de cuidados com a mãe. (E.09-Enfermeira)*

*O pediatra realiza o exame clínico, avaliação auditiva, avaliação visual, aí você identifica possíveis seqüelas neurológicas e riscos nutricionais. Identifica riscos no desenvolvimento e neuropsicomotor, mas a gente acaba fazendo uma intervenção global, mesmo a nível de puericultura, orienta higiene, vacinação, orientação nutricional e identificação de outros transtornos sociais, enfim, eu acho que é um trabalho bem abrangente. (E.12-Médica)*

As atribuições de cada profissional são representadas de acordo com a sua prática, que dependem da formação profissional, da filosofia e das condições de trabalho de cada instituição. Essas práticas desenvolvidas não são necessariamente ideais, mas refletem as possibilidades particulares de cada profissional, dentro de um contexto de baixo nível de institucionalização do *follow-up*.

O ambulatório de seguimento do recém-nascido de alto risco permite um acompanhamento sistematizado das crianças egressas da UTIN, UI e/ou alojamento conjunto, possibilitando que sejam mais bem assistidas em relação à sua evolução clínica. Esse acompanhamento deve ocorrer por uma equipe multidisciplinar, mas

funcionando como interdisciplinar. No decorrer da pesquisa, pudemos perceber a deficiência de profissionais nessa área de atuação e a necessidade desses programas de uma organização do sistema de atendimento de acordo com o seu grau de complexidade, viabilizando, dessa forma, o acesso das crianças de risco a um atendimento diferenciado, fundamental para a detecção precoce de anormalidades no crescimento e desenvolvimento.

### **A Atividade Educativa no *Follow-up***

A educação em saúde é uma prática social, é um processo que contribui para a formação e desenvolvimento crítico das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções e a organização para a ação coletiva. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Na concepção de educação de Paulo Freire (1989), o conhecimento não pode advir de um ato de doação que o educador faz ao educando, mas sim, um processo que se realiza no contato do homem com o mundo vivenciado, o qual não é estático, mas dinâmico e em transformação contínua. Essa proposição de educação é baseada em uma concepção de homem e de mundo que propõe a superação de uma relação vertical na educação, estabelecendo-se uma relação dialógica, ou seja, de troca de saberes entre sujeitos. Desse processo de troca advém um conhecimento que é crítico, porque foi obtido de uma forma autenticamente reflexiva, e implica um ato constante de desvelar a realidade, posicionando-se diante dela.

A educação em saúde pode ser considerada como prática capaz de favorecer a recuperação e a prevenção de seqüelas, além de promover a saúde, como também dar suporte ao profissional para avaliar as condições da mãe/família, para assumir com eficácia o cuidado da criança. Nessa medida, todas as oportunidades devem ser aproveitadas para o estabelecimento de trocas de experiências e de saberes, partindo da condição de cuidar da criança experimentada pela mãe e demonstrando uma atitude de compreensão e aproximação com a realidade das famílias, ou seja, estabelecendo uma relação intersubjetiva com essas pessoas que buscam os serviços à procura da saúde dos filhos.

Exemplificando:

*Para família, é, no sentido da gente também fazer parte de promover a saúde, educar essa família pra saúde... (E. 10-fonoaudióloga)*

Considerando o conjunto de atividades desenvolvidas durante o *follow-up*, a atividade educativa é uma das mais importantes e freqüentes, exercendo vários papéis, desde o ensino de atividades de estimulação sensório-motora, preparo e adequação da alimentação, preparação dos pais para a compreensão das particularidades da criança de risco, entre outras. Para os profissionais pesquisados, o trabalho educativo com os pais deve ter início ainda durante a internação na UTIN, e deve envolver as duas equipes, sendo de fundamental importância para o aumento da adesão ao acompanhamento e para a sua efetividade.

Vale destacar que a prática de saúde como prática educativa deixa de ser um processo de transferência de informação e passa a ser um processo de capacitação dos pais/familiares visando à transformação da realidade.

Conforme o Ministério da Saúde (2006, p.9) refere,

Essa prática rejeita a concepção estática de educação, entendida, apenas, como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas. Em um sistema baseado na participação a prática educativa é parte integrante da própria ação da saúde; é uma parcela no bojo das ações, que constituem o setor, e deve ser dinamizada em consonância com este conjunto, de modo integrado, em todos os níveis do sistema e em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde.

Por outro lado, observa-se nesse trabalho educativo a aproximação dos valores, crenças e representações dos profissionais com o saber científico necessário ao desenvolvimento do *follow-up*. Considerando as necessidades de cada criança e de cada familiar, o profissional, ao realizar o atendimento, tem que valorizar a comunicação. Para a efetivação do acompanhamento, a sensibilidade de

saber ouvir propicia a aproximação entre cliente-profissional. Essa relação facilita a identificação de fatores que podem dificultar a evolução da criança.

*tudo é o carinho, conversar, falar a mesma linguagem. O que eu faço como profissional, explico com uma linguagem bem, bem básica, pra ela poder está entendendo, deixo ela bem à vontade pra ela perguntar qualquer coisa que ela queira, aí ela faz perguntas. Eu acho que o grande, assim, fazer com que ela tenha uma boa adesão...(E.02-Fisioterapeuta)*

*então a gente está sempre orientando, é muito de orientação, basicamente é orientar, é educar em saúde, nesse diálogo, sempre procurando um diálogo com a mãe... (E.17-Dentista)*

De acordo com o exemplo anterior podemos concluir que o profissional que atua no acompanhamento procura considerar o contexto social, econômico e cultural do cliente e da sua família, buscando estabelecer uma relação de maior compreensão das dificuldades vivenciadas pelas mães e, a partir delas, estabelecer uma relação de troca de saberes que permita a superação das mesmas. Para fazer educação em saúde, é preciso manter uma comunicação adequada com a mãe, conhecer e respeitar a linguagem, as experiências pessoais e a sua cultura, acompanhando a aprendizagem e percebendo os comportamentos adotados no cuidado com a criança, o que é observado nas entrevistas dos profissionais estudados. (QUEIROZ, 2006)

Essa proposição de educação em saúde tem suporte na assertiva de Jodelet (2001) que afirma que as representações sociais se apóiam em valores diversos, de acordo com os grupos sociais nos quais os sujeitos constroem suas significações, conforme seus saberes anteriores, reavivados por uma situação social particular. Elas estão ligadas tanto ao sistema de pensamento mais amplo, a fatores ideológicos e culturais e ao próprio conhecimento científico, quanto à condição social e à esfera da experiência privada e afetiva dos indivíduos.

Nesta categoria, também podemos destacar que, ao acompanhar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido de alto risco, cada profissional, de

acordo com a sua categoria, realiza orientações específicas atendendo às necessidades de cada criança e de seus familiares.

*a gente já começa a trabalhar, ensinar os pais, o acompanhamento, a realização de exercícios, de exames pra seqüela... (E.06-Residente de Enfermagem)*

*a orientação alimentar, a orientação das intercorrências clínicas, a estimulação, a gente já ensina pras mães a postura que ela pode deixar o bebê, o encaminhamento para reabilitação...(E.21-Médico)*

Nesses dois depoimentos, os profissionais destacam que através das orientações aos pais durante o acompanhamento, estes vão adquirindo conhecimentos para a realização de exercícios e estimulações, passam a reconhecer as prováveis intercorrências e a necessidade de busca de reabilitação, num processo gradativo de incorporação e de transformação de conhecimentos.

Através do processo educativo que acontece no decorrer do acompanhamento, as mães/familiares passam, cada vez mais, a conhecer a sua criança, facilitando o momento da alta do *follow-up*. A partir da alta do seguimento, a mãe deve se tornar autônoma para o desenvolvimento dos cuidados com a criança, no entanto, são orientadas para retornar ao serviço de *follow-up* diante da identificação de qualquer intercorrência, mantendo assim a possibilidade de busca de ajuda, se essa autonomia não se mostrar plenamente estabelecida.

*isso ela tem dificuldade, então ela tem que voltar, acaba voltando para a gente, para a gente reorientar essa mãe, tipo de brincadeira em casa, exercício em casa para fazer, para treinar essa criança, que na verdade é um treinamento. (E.09-Enfermeira)*

Na perspectiva adotada por Freire (1989), a educação percebe o homem como um ser autônomo, e essa autonomia está presente na definição da vocação

ontológica que está associada com a capacidade de transformar o mundo e a própria vida.

A educação em saúde objetiva despertar nas pessoas um sentido de responsabilidade e interesse, como indivíduo, como membro de uma família ou de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivo. Nessa medida, as atividades educativas realizadas no acompanhamento do recém-nascido de alto risco são fundamentais para o bom desempenho do programa, já que deve ser considerada como uma prática social que também objetiva a prevenção de seqüelas e a promoção da saúde. E essas práticas são valorizadas e destacadas por parte da maioria dos profissionais que atuam nestes ambulatórios de seguimento.

#### **- Atitudes e Sentimentos Maternos e Familiares Diante do *Follow-up***

Esta categoria é dedicada à dinâmica das atitudes e de sentimentos experimentados pelas mães e familiares durante a internação na UTIN/UI, na alta hospitalar, durante o *follow-up* e a alta deste.

Quanto ao grupo familiar, observa-se o destaque dado pela maioria dos profissionais à participação dos membros do grupo familiar no acompanhamento, reconhecendo que a possibilidade de tratar de questões familiares facilita a intervenção em condutas adotadas com as crianças no ambiente doméstico.

O primeiro conteúdo da categoria demonstra os sentimentos e as atitudes dos familiares de uma criança que, ao nascer, necessitou de uma internação e que após a alta hospitalar, mediante as suas particularidades, terá que ser acompanhada em um ambulatório específico no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido de alto risco.

No contexto da Teoria das Representações Sociais, atitude é definida por Doise (2001) como tomadas de posição simbólicas, organizadas de maneiras diferentes, como, por exemplo, opiniões, atitudes ou estereótipos, segundo a sua imbricação em relações sociais diferentes.

Para o mesmo autor, a operacionalização do estudo das atitudes, como parte das representações sociais, é um desafio amparado no procedimento da assimilação e do contraste, pois as pessoas engajadas numa causa tendem a rejeitar os enunciados intermediários e a assimilar à sua posição apenas os aceitáveis.

O decorrer da gestação, para a maioria dos pais, representa um momento onde esperanças, medos e fantasias se misturam. Criam expectativas e sonhos em relação ao seu bebê imaginário. À medida que a gravidez segue o seu curso, os pais vão construindo gradativamente um vínculo de amor e carinho com o seu filho. E esses vínculos tendem a aumentar e a se concretizar com o nascimento.

Dessen (2000, p.1) nos diz que

Com a chegada de um novo filho, são exigidas da família novas estratégias para lidar com as tarefas de desenvolvimento, capacidade de adaptação para receber o novo membro e habilidades para administrar as necessidades emergentes do sistema. Uma das tarefas dos genitores, nesse período, é buscar o equilíbrio do sistema familiar. A adaptação às exigências da nova situação depende, sobretudo, da complementaridade de papéis entre os genitores, não só em nível das interações como também das relações familiares mais amplas, incluindo a divisão de tarefas domésticas. A participação do pai como membro capaz de exercer o seu papel adequadamente, suprimindo as deficiências naturais ocorridas no relacionamento da mãe com o primogênito, é fundamental para que o processo de adaptação seja bem sucedido.

*na verdade toda mãe espera um bebê saudável. (E.09-Enfermeira)*

Conforme a afirmação na fala da entrevista 09, podemos dizer que a maioria dos pais idealiza uma criança perfeita. Porém, existem situações que esta idealização vai de encontro com a realidade, havendo a necessidade da hospitalização do recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

As mães normalmente criam expectativas e conflitos com a hospitalização do seu filho. Deve-se, através do processo educativo, incentivar as mães/pais a cuidarem de seus filhos, pois à medida que ocorre este incentivo ainda dentro da

UTIN/UI, fica mais fácil estimular o contato direto evitando o prejuízo da afeição e do vínculo afetivo. Sendo um meio facilitador para o cuidado após a alta hospitalar, a ligação entre pais e filhos é de extrema importância para o desenvolvimento futuro dessa criança.

Oliveira (1999, p.01) refere que

A ligação afetiva entre a criança e sua família, e mais objetivamente com a mãe, é imprescindível para assegurar que as bases de formação psicológica do futuro adulto sejam mantidas intactas. A criança pode encontrar-se em situação de privação do convívio familiar por diferentes motivos, sendo um deles a hospitalização.

Várias são as pessoas que oferecem suporte à família e ao indivíduo, promovendo, assim, uma melhoria na qualidade de vida daqueles beneficiados. Entre elas, destacam-se os próprios membros familiares, outros parentes (avós, tios, primos), amigos, companheiros, vizinhos e profissionais, que podem auxiliar de diversas maneiras: (a) fornecendo apoio material ou financeiro, (b) executando tarefas domésticas, (c) cuidando dos filhos, (d) orientando e prestando informações e (e) oferecendo suporte emocional. Os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da saúde mental e para o enfrentamento de situações estressantes. (DESSEN, 2000)

Após a alta hospitalar, as mães, ao retornarem ao *follow-up*, mostram-se ansiosas e inseguras, pois é um universo diferente do vivenciado no período de internação. Nesse momento, a mãe passa a cuidar de seus filhos, elas são responsáveis por uma criança que, na maioria das vezes, necessita de cuidados especiais. Exemplifico com a seguinte passagem:

*Então, quando essas mães chegam aqui de novo, aí entram no hospital, com todas as questões, as inseguranças. Tem mães que são muito inseguras. (E. 01- Psicóloga)*

Os sistemas de cuidado complexo para essas mães, cuidados que estão relacionados a resultados no desenvolvimento diferentes, nas áreas cognitiva, social e afetiva. (LORDELO, 2000)



Com o passar do tempo no *follow-up*, essas mães vão criando vínculo com os profissionais, são orientadas, conseguem se expressar melhor e conseqüentemente tornam-se mais seguras ao cuidar de seus filhos. A partir dessa relação, passam a conhecer melhor o seu filho. Essa mudança de comportamento da mãe e até mesmo da criança devido aos atendimentos no *follow-up* fica nítido exemplificando com as falas a seguir:

*Então a gente vê o retorno exatamente por essas que estão..., o bebê reagiu, a mãe reagiu, da ansiedade baixar, dela poder compreender as demandas do bebê, escutar esse choro, se é um choro de fome, se é um choro, de sono. Porque no início elas não sabem nada. Elas estão construindo aos pouquinhos. (E.01- Psicóloga)*

*No começo elas são muito inseguras, depois elas vão pegando uma confiança, a participação é toda hora. (E.21- Médica)*

Essa evolução no desempenho das mães também pode se atribuir à representação delas em relação ao *follow-up*, que é a certeza de um acompanhamento específico, com suporte de toda uma equipe multiprofissional.

Os exemplos a baixo são ilustrativos:

*vêm que tem toda uma equipe, é toda uma equipe voltada para o filho dela, acho isso bastante interessante, e as pessoas mais humildes que, às vezes, tem mais dificuldades de estar presente, elas comparecem. (E.08- Fonoaudióloga)*

*Eu acho que a mãe fica mais segura, assim dentro do que eu acompanho, algumas delas querem ouvir mais...(E.13- Fonoaudióloga)*

*vão ter um atendimento, eu diria na rede pública, um atendimento vip, então essa visão que elas tem, aqui elas tem médicos, aqui elas tem psicólogo se elas precisam quando estão angustiadas e querem chorar um pouco, aqui elas tem fisioterapeuta para está orientando o bebê, está ensinando o bebê, aqui elas tem fonoaudióloga que vai está ajudando na alimentação, vai está ajudando toda orientação também na parte da respiração, deglutição? Aqui tem os encaminhamentos, eu diria um tratamento vip? Para essas mães, então assim, a adesão para elas é muito boa. (E.20- Fisioterapeuta)*

*o ambulatório de seguimento dá uma segurança pra essas mães, e elas vêm a qualquer momento...Então elas têm o suporte, o ambulatório de seguimento, ele dá um suporte pra essas mães que têm crianças especiais, entendeu? E o objetivo nosso é esse dar suporte, bom, então vai o pediatra vê essa alteração clínica... (E.21- Médica)*

Nesta categoria, percebemos através de alguns relatos que o processo da evolução tanto do bebê quanto da mãe e dos familiares é uma resposta gratificante para os profissionais dedicados a esse acompanhamento. Como exemplo são identificadas as falas:

*são ambulatórios extremamente cansativos, mas é muito gratificante, a gente faz assim, feliz e é muito legal, a gente se emociona a cada vez. (E.12- Médica)*

*E, na verdade você vê isso, que daqui uns meses eles estão assim, super bem, às vezes, você olha e só pergunta, como esse prematuro, era prematuro. (E.23- Enfermeira)*

Na representação dos profissionais, o *follow-up* é um acompanhamento fundamental, de extrema importância para a identificação precoce de seqüelas, e assim, está intervindo adequadamente, seja através da estimulação precoce e/ou do tratamento. Com o objetivo de acompanhar o crescimento e desenvolvimento dessa criança e torná-lo o mais próximo da normalidade. É conseguir inserir essa criança na sociedade, proporcionar uma qualidade de vida para ela e sua família. E através da prática profissional, modificar a representação da mãe/familiares em relação a sua criança, facilitando o convívio com esta nova realidade.

A dinâmica de relações afetivas não se processa apenas para a mãe, mas envolve todo o grupo familiar, o que torna a participação desse grupo essencial para o enfrentamento do processo de transformação de expectativas, de práticas e de perspectivas de futuro.

Nesta categoria, percebe-se a importância da participação da família no *follow-up*. Para obter tal resultado, é relevante destacar a comunicação entre a família e a equipe de saúde. O Ministério da Saúde (2002, p.48) diz que, “para que exista um bom processo de comunicação, a equipe deve se preocupar com o grau de compreensão que a família tem sobre as informações recebidas.”

A partir do momento que a família cria um vínculo de confiança com a equipe de saúde e consegue identificar a real necessidade de seu filho estar sendo acompanhado em um ambulatório de *follow-up*, facilita a compreensão das orientações específicas referente ao crescimento e desenvolvimento, à adesão ao acompanhamento e ao tratamento quando necessário.

Para que o acompanhamento e/ou tratamento seja bem-sucedido, os pais devem ter boa vontade e capacidade de assumir a responsabilidade da assistência direcionada ao seu filho. (KENNER, 2001)

O envolvimento da família é fundamental para que se alcancem os objetivos do acompanhamento, pois a família presente sabe reconhecer a criança e identificar as possíveis intercorrências, facilitando todo processo. Podemos elucidar com as seguintes falas:

*A participação da família é boa, porque se vêem pais ou mães, a gente trata do mesmo jeito, a gente apóia da mesma forma,*

*vem muitas vezes tio, irmã, e aí, a gente sempre acolhe da melhor forma possível. (E.17- Dentista)*

*Aí, vem a irmã, traz a irmã, se tiver o irmão, pra poder aprender. Quem vai ficar com essa criança, não sou eu, não é o terapeuta, não é a equipe. É a família, a avó, eu acho que todo mundo que vai ficar com essa criança o dia inteiro aprenda. A vizinha, meu filho vai ficar com a vizinha, porque eu vou trabalhar. Traga a sua vizinha, vê se ela pode vir, porque eu vou orientar a brincar com ela (a criança), mostrar que não é um bicho de sete cabeças, a posicionar, como se comportar...(E.02- Fisioterapeuta)*

*porque eu acho que o incentivo aos pais, a importância de sua participação no desenvolvimento motor, o desenvolvimento de comunicação. (E.19- Fonoaudióloga)*

*a gente tem famílias aqui que a gente tem um envolvimento assim insuperável, muito bom, e que você inclusive fica até muito feliz, porque você sabe que aquela tua orientação vai ter um resultado...(E.19- Fonoaudióloga)*

Podemos dizer que a figura paterna participante na dinâmica da família é de extrema importância no acompanhamento do recém-nascido de alto risco. Para ilustrar:

*Eu tenho me surpreendido com os pais, os pais tem vindo muito. Eu acho muito legal. Eu acredito na base da família. (E.02- Fisioterapeuta)*

*normalmente vem o pai, pai da maioria das crianças que eu vejo assim, que eu pego está presente, quando não vem não tem condições, muitos trabalham. (E.08- Fonoaudióloga)*

*muitos pais vêm, tem aumentado muito a frequência dos pais. (E.21- Médica)*

*Bom, nos preocupamos sempre que possível, permitir que os pais estejam presentes na consulta. (E.22- Nutricionista)*

Observa-se no primeiro exemplo, o profissional surpreso pela marcante presença do pai durante o acompanhamento. A presença da m ma(i ad)6(o)-3( )-81(p)-3(rese)

*e elas são cobradas pela própria família , você tem que ir porque o seu bebê é pequeno, esse bebê não está com peso e os próprios vizinhos também cobram muito isso. (E.09- Enfermeira)*

Observa-se, portanto, nos discursos analisados que a cobrança à mãe vem praticamente de todos que fazem parte de sua convivência: família, vizinhos e até mesmo do profissional de saúde. O profissional, devido à sua experiência nessa área, deve observar seus atos e suas ações, para não impor ordens como o verdadeiro detentor do saber. Sabendo reconhecer as características de compreensão, o estado físico e emocional de cada mãe.

As mães em sua maioria demonstram carinho e preocupação com o filho. No *follow-up*, as mães participam demonstrando interesse no acompanhamento. Identificamos nas falas:

*fazem tudo direitinho. É ótimo quando você vê que a mãe está ali fazendo tudo direitinho. (E.03- Nutricionista)*

*elas são sempre bem abertas, receptivas...(E.05- Residente de Enfermagem)*

*A maioria tem... elas têm envolvimento, elas ficam preocupadas com o que elas vão fazer com a criança em casa... (E.09- Enfermeira)*

*Olha, tem umas que você se surpreende, aquelas que você pensa que são mais complicadas, são as que mais te surpreendem...(E.12- Médica)*

*elas são participativas, aderem bem, dão sugestões, se a gente identificou alguma coisa aqui, aqui parece que a criança não*

*faz, mas em casa eles fazem, que fazem, elas falam e demonstram cada ganho...(E.13- Fonoaudióloga)*

A participação efetiva dessas mães é um ganho incomensurável para a criança. Tornam-se mais atentas às orientações específicas do crescimento e do desenvolvimento, sendo capazes de realizar atividades em casa visando à estimulação da criança. O estímulo, quando adequado e precoce, favorece a evolução do quadro clínico da criança. Essa relação entre mãe e filho, esse envolvimento no acompanhamento, de acordo com Oliveira (1999, p.01), terá reflexo para toda a sua vida:

Compreendendo a complexidade da criança e os reflexos que sua vivência terá para a vida adulta, temos um ponto de partida para a compreensão das forças e condições que fazem do homem um ser social. Nesta constelação de forças e condições, os afetos e trocas afetivas passam a ter um significado central. A capacidade do ser humano para estabelecer relações sociais é iniciada e adquirida na relação mãe-filho. É desse relacionamento que se estabelece o modelo para todas as relações humanas posteriores.

Nas atividades referentes ao *follow-up*, é importante resgatar nas consultas as questões familiares para identificação dos problemas e, assim, direcionar o seu plano de assistência.

A maioria das mães, diante da alta do *follow-up*, demonstra tristeza e insegurança. Pois, reconhece que o *follow-up* é a certeza de seus filhos serem avaliados de acordo com a necessidade. No decorrer do acompanhamento, criam-se vínculos afetivos e de segurança com os profissionais. Encontram-se amparadas com o que o serviço tem a oferecer, sabem que, diante de alguma intercorrência, podem recorrer à equipe multidisciplinar.

Agora, após a alta, serão acompanhados pelo serviço normal de pediatria. E questionam: será que esses novos profissionais estão preparados para receber o meu filho?

### - Perfil da Clientela e a Manutenção do Acompanhamento

Esta categoria retrata as características da clientela atendida nos serviços de *follow-up* e sua relação com as possibilidades concretas de manutenção de um acompanhamento de longo prazo, como é o *follow-up*.

O sucesso do retorno da criança aos serviços de *follow-up* se deve à interação de toda equipe no sentido de conscientizar os pais da importância do acompanhamento. A equipe do *follow-up* deve trabalhar juntamente com a equipe da UTI/UI, pois este trabalho educacional com os pais deve ter início com a criança ainda internada.

*elas (mães) passaram lá em cima (as mães) e sensibilizou o suficiente de que aquelas crianças necessitam do acompanhamento. (E.16-Terapeuta Ocupacional)*

*O trabalho do ambulatório é um vínculo também com a unidade neonatal, na nossa equipe a gente trabalha lá, na maioria das vezes quer acompanhar... (E.09- Enfermeira)*

Através das entrevistas realizadas observa-se que, apesar dos profissionais afirmarem que o acompanhamento ocorre de forma satisfatória e que a evasão é baixa, as famílias apresentam dificuldades para comparecer aos atendimentos.

Muitas famílias integradas ao serviço que são participativas apresentam dificuldades para levar seus filhos às consultas, seja por problemas financeiros, familiares ou sociais. Esses problemas são enfrentados através de estratégias traçadas pelos próprios profissionais para manter o acompanhamento. Verificamos algumas das estratégias através dos depoimentos abaixo:

*no follow-up ela tem toda uma abertura, ela pode vir aqui em cima a qualquer horário, ela pode ligar, a gente atende, a gente orienta até por telefone mesmo. (E.05- Residente de Enfermagem)*

*Quando elas não conseguem, aconteceu algum problema, elas não conseguem vir à consulta, elas ligam para remarcar. Nós*



*mesmos, quando a mãe não vem, essa mãe sempre vem direitinho, aí a gente pega o telefone, sempre tem o telefone na lista, na agenda, aí a gente vai ligar para marcar para outro dia, para não quebrar esse acompanhamento. (E.06- Residente de Enfermagem)*

*porque a gente tem a história de todo mundo aqui também, quando eu pego as vezes para ver a criança e está muito tempo sem vir, a mãe é conhecida eu mando um aerograma pedindo para retornar... (E.09- Enfermeira)*

*porque elas não têm dinheiro, então a gente marca por telefone. (E.11- Médica)*

A adesão ao tratamento é uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece a orientação dos profissionais de saúde, mas consegue perceber, entender, concordar e seguir as recomendações sugeridas por estes profissionais. A adesão é a principal variável a ser controlada para que se obtenha o sucesso do acompanhamento. (GOMES, 2004)

Ainda de acordo com a autora citada acima, alguns fatores podem influenciar na adesão, como: disponibilidade, impacto do acompanhamento na qualidade de vida, habilidade dos responsáveis no seguimento e interação com a equipe multidisciplinar.

A análise da adesão das famílias ao acompanhamento é referida pelos profissionais, conforme exemplificado através abaixo:

*a adesão é muito maior do que o abandono, e o abandono, quando acontece, não é no início não, ele sempre vem no pós-alta, ficam em torno de uns três meses, quando percebem que a criança está caminhando bem, que o desenvolvimento está todo bem, aí começam a não vir, talvez coincida com o período que a mãe volta a trabalhar e tem menos tempo, e aí fica mais*

*difícil de trazer, é na grande maioria das vezes a mãe que traz. Assim, quando a criança está muito bem, elas param de vir, aí depois voltam com a criança não tão bem assim. (E.13-Fonoaudióloga)*

Mesmo diante destas formas alternativas, na tentativa de manter o acompanhamento, são inevitáveis as faltas e/ou abandonos, que ocorrem num estágio mais avançado do acompanhamento. Uma avaliação objetiva desses abandonos apresenta dificuldades, uma vez que para se determinar a evasão seria necessário que o período de acompanhamento da criança fosse determinado pelos serviços, assim como o espaçamento entre os retornos, o que não se verifica nos serviços estudados.

As relações existentes entre as condições socioeconômicas, crenças e práticas culturais, determinam as características de cada grupo familiar. Para fortalecer a adesão, sugere-se uma forte articulação entre as crenças, relacionadas aos sistemas culturais, nos quais são construídas e mantidas, e as práticas de cuidado à criança. (LORDELO, 2000) Considera-se que as características socioeconômicas e culturais da clientela são fatores de risco para a não adesão ao acompanhamento do recém-nascido de alto risco. Um último aspecto importante quanto as características da clientela se refere ao seu grau de vinculação ao hospital. Como particularidade, observou-se que as clientelas atendidas no *follow-up* são constituídas por crianças consideradas de alto risco, procedentes dos próprios hospitais onde o *follow-up* é desenvolvido, o que faz supor o atendimento de uma necessidade institucional em lugar de uma motivação em torno de necessidades de saúde populacionais.

Por outro lado, o fato do serviço de *follow-up* estar localizado, muitas vezes, distante da moradia das crianças, representa um empecilho ainda maior para a garantia da adesão, onerando o orçamento familiar, uma vez que implica em um acompanhamento de longo prazo. A maioria das famílias possui um nível socioeconômico baixo, fator que pode dificultar o acompanhamento das crianças.

*por ser uma maternidade de risco a gente abrange, tem uma área de abrangência muito grande, mão são as pessoas que*

*moram próximo de nós, então atende pessoas de outros municípios inclusive. (E.15- Médica)*

*É geralmente essas crianças vêm de bairros pobres, favelas, geralmente aqui a gente vê de tudo, aqui é uma maternidade de referência. Aqui na maternidade tem uma ONG, que elas ajudam algumas mães...(E.02- Fisioterapeuta)*

*Origem de todo Estado do Rio de Janeiro e o perfil é a classe baixa. Assim, quando a criança não tem condições de vir, a gente aciona o serviço social, muitas vezes eles conseguem o passe, para a mãe vir trazer a criança...(E.06- Residente de Enfermagem)*

*Às vezes a gente precisa dar a medicação para a mãe, a mãe não tem dinheiro para comprar e a gente fica arrumando amostra grátis. O nível socioeconômico é baixo, são mães carentes. (E.21- Médica)*

Nesta categoria, foi possível perceber que a clientela acompanhada no *follow-up* é composta, na sua maioria, por pessoas de baixa renda e que necessitam de alguma forma de ajuda para a manutenção do acompanhamento. Como forma de redução da evasão/abandono, os profissionais criam estratégias pessoais e locais para manter o seguimento do recém-nascido de alto risco, que não são incorporadas como ações institucionais.

Desta forma, o grau de institucionalização dos ambulatórios de seguimento apresenta-se como um problema referido não só nesta, mas em outras categorias do estudo, fazendo com que as ações sejam muito mais fruto do envolvimento pessoal dos profissionais, do que resultado de uma ação institucional organizada.

### - O Trabalho Interdisciplinar no *Follow-up*

Um dos critérios da organização do programa de *follow-up* do recém-nascido de alto risco é a formação de uma equipe multidisciplinar, o que implica que os profissionais que atuam passam a partilhar o trabalho e articular os saberes, possibilitando, assim, uma prática interdisciplinar.

Nesse contexto, é importante diferenciar os conceitos de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. Artmann (2001) diz que a multidisciplinaridade refere-se basicamente a uma associação ou justaposição de disciplinas que abordam um mesmo objeto a partir de distintos pontos de vista. Contudo, não se verifica uma integração interdisciplinar. A mesma autora ainda refere que a interdisciplinaridade é a busca de superação das fronteiras disciplinares. Pode-se construí-la através da definição de que as disciplinas científicas têm em comum níveis de integração mais profundos, através da unificação ou síntese de conhecimentos científicos ou do estabelecimento de uma linguagem interdisciplinar consensualmente construída entre os cientistas.

A interdisciplinaridade pode ser considerada como uma prática complexa e que se articula sobre os aspectos biológicos, culturais, econômicos, psicológicos e sociais. Assim, coloca-se como necessária a integração entre as ciências sociais, epidemiologia, planejamento em saúde e psicologia, buscando-se a discussão de teorias, conceitos e métodos e a aproximação dos serviços, e dos programas de saúde.(GOMES,1994)

De acordo com as entrevistas, os profissionais identificam a equipe do *follow-up* como uma equipe multiprofissional e o seu trabalho como interdisciplinar. Afirmam conseguir, no seu dia a dia de atendimento, fazer esta interação entre os diversos profissionais e compartilhar os seus conhecimentos.

Vale ressaltar que a interdisciplinaridade, segundo Gomes (1994, p.106),

é vista como um processamento funcional, uma tecnologia que pode garantir a expansão de práticas operatórias comprometidas com a transformação do real em objetividade, ou seja, garantindo assim a essência da ciência e de sua lógica de funcionalidade.

O reconhecimento do trabalho como interdisciplinar pode ser observado nas falas abaixo:

*eu acho que no follow-up a gente consegue ter a questão mesmo, a interação mesmo, ter uma consulta interdisciplinar. (E.05- Residente de Enfermagem)*

*na verdade nosso atendimento é bem interdisciplinar. A gente tenta fazer uma coisa bem conjunta, porque uma coisa depende da outra. (E.09- Enfermeira)*

*A filosofia do acompanhamento é... a filosofia realmente é interdisciplinar, tem que ter essa visão interdisciplinar, a gente tem que trabalhar muito em conjunto, a filosofia tem que ser mesmo interdisciplinar e até mesmo para o acolhimento da criança. (E.17- Dentista)*

Sobre a necessidade da prática interdisciplinar no campo da saúde, Teixeira (2003, p.11) afirma que

No campo da saúde, pontua que a complexidade do processo de trabalho em saúde se dá à medida que este se apresenta, concomitantemente, expressões sociais, emocionais, afetivas e biológicas, traduzindo as condições sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos. Neste sentido, torna-se necessário inter-relacionar variados conhecimentos e práticas, apontando para a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade.

A equipe interdisciplinar envolvida no *follow-up* deve ser constituída, conforme Barbosa (1990), de uma equipe central de profissionais e de consultores especializados. Recomenda que a equipe central deva contar com Pediatra, Enfermeira, Assistente Social e Psicóloga. A equipe de consultores especializados, por sua vez, deve ser composta por um grupo de especialistas (neurologistas, fisiatras, otorrinolaringologistas, oftalmologistas, fonoaudiólogas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) que deve estar integrado à equipe central, participando através da elaboração e execução de protocolos específicos.

Analisando as entrevistas, observa-se nos serviços de *follow-up* que as equipes não estão compostas adequadamente com os profissionais recomendados para formar uma equipe multidisciplinar, como pode ser visto na Tabela 4 de caracterização dos sujeitos, representando o pediatra o maior quantitativo de profissional da equipe multidisciplinar. Nos três campos estudados, nenhum deles possui uma equipe completa, de acordo com o que é preconizado como o ideal para atender às necessidades da criança e da família.

Outro aspecto importante é que poucos profissionais que atuam são exclusivos do ambulatório de *follow-up*, a maioria divide a sua carga horária em outro setor da instituição. Exemplifico com as falas abaixo:

*eu tenho que me dividir aqui e no pré-natal, lá que eu fico mais.*  
(E.03- Nutricionista)

*a falta de horário, porque eu tenho que me dividir, eu trabalho muito mais na UTI do que no follow-up, eu tenho quarenta horas semanais, eu faço trinta e três na UTI e quatro a cinco horas no follow-up, então é complicado.* (E.21- Médica)

Em função dos horários compartilhados entre diversos setores e da falta de tempo, observa-se a dificuldade para que as equipes se reúnam, exigindo a criação de estratégias para que os casos sejam discutidos. Segue os exemplos:

*Na realidade o que acontece, a gente é uma equipe, a gente tenta, mas não tem reuniões como deveria ter, por questão de tempo. Eu sou um profissional que trabalho aqui e na UTI, a gente fica se desdobrando, as fonoaudiólogas também, as pediatras também. Então, a gente não é exclusivo do ambulatório. Poucas pessoas são exclusivas do ambulatório, então a gente fica nessa.* (E.02- Fisioterapeuta)

*é complicado para a gente juntar a maioria da equipe, porque cada um trabalha em um horário, cada um tem uma atividade*

*diferente, então é difícil a gente conseguir marcar um dia por semana ou um dia por mês para a gente conseguir juntar todo mundo para esse tipo de atividade, sentar para conversar sobre problemas do ambulatório. (E.09- Enfermeira)*

*normalmente no dia que temos oito atendimentos a gente faz casos...(E.01- Psicóloga)*

*a gente discute os casos mais sérios...(E.08- Fonoaudióloga)*

*e depois a gente discute no fim de cada período, como está desde da parte social, econômica e desenvolvimento até a parte do próprio paciente, de audição, de ausculta, de tudo que está pegando. (E.14- Médica)*

Observa-se, através das falas, que as discussões ocorrem quando o número de atendimento é menor, conforme o primeiro exemplo. No segundo exemplo, percebe-se que as discussões priorizam os casos mais complexos. E no terceiro exemplo, observa-se a importância atribuída às reuniões em função da necessidade de que a equipe tenha a visão da criança como um todo.

Mas esses encontros, na realidade, são raros, e as equipes criam estratégias para estarem interagindo, para preservar a relação existente entre as disciplinas e os problemas sociais. A equipe se comunica através de prontuários e em encontros informais, conforme podemos identificar nas falas:

*a gente costuma conversar muito pelos corredores, então a gente costuma acompanhar muito as crianças pelos corredores. (E.09- Enfermeira)*

*a gente se comunica muito, durante o ato do trabalho. No prontuário a gente escreve a evolução na forma de relatos, escreve na forma de troca, mas isso ajuda muito... (E.17- Dentista)*

Com a dificuldade dos encontros, o resultado do trabalho interdisciplinar pode ser prejudicado, pois os campos disciplinares não existem por si próprios e não são independentes das práticas sociais, que ocorrem a partir dos sujeitos em seu trabalho em ato. O trabalho em equipe multiprofissional não pode ser tomado imediatamente como interdisciplinar, mas certamente como uma prática que possibilita a integração de disciplinas científicas. (TEIXEIRA, 2003)

A possibilidade concreta de desenvolvimento do trabalho interdisciplinar depende, entre outros aspectos, do perfil de formação dos profissionais envolvidos em determinada prática.

Durante a análise das entrevistas, observa-se nas falas dos entrevistados o desconhecimento de outros serviços de *follow-up* e a inexistência de uma formação específica para este tipo de acompanhamento.

Os exemplos abaixo são ilustrativos:

*eu desconhecia que tinha follow-up em outras instituições. (E.06- Residente de Enfermagem)*

*é muito do aprendizado do dia a dia, porque a gente não tem uma formação, você está fazendo um trabalho, você está percebendo isso, não existe informações para os enfermeiros, auxiliares e médicos, que trabalham, nós temos é reciclagem e reuniões, onde se tenta aprender a respeito de como acompanhar esses bebês, tudo é muito novo. (E.12- Médica)*

*o que é feito pela gente, a gente aprendeu, realmente de estudar, a gente faz por aprendizado mesmo. (E.14- Médica)*



Ressalta-se aqui que a falta de formação específica está associada ao fato de o *follow-up* do recém-nascido de risco ser uma proposta recente no Brasil, que deve ser valorizada e incentivada, já que contribui para a formação e melhoria da qualidade de vida das crianças atendidas.

As equipes atuantes, por outro lado, se reconhecem como tendo particularidades que as diferenciam de outros grupos profissionais, como a sensibilidade e o envolvimento com as crianças acompanhadas, conforme pode ser observado a seguir:

*A equipe do follow-up é uma equipe muito sensível, a médica é uma pessoa disponível, a fisioterapeuta então, é super disponível, super sensível. (E.01- Psicóloga)*

*E as enfermeiras com quem trabalhamos, as residentes de enfermagem que a gente pode trabalhar aqui no follow-up, são pessoas de extrema sensibilidade. (E.01- Psicóloga)*

Outro aspecto destacado é a boa interação entre os membros da equipe. Em dois serviços pesquisados, os profissionais atuam e orientam praticamente juntos, ocorre uma troca entre os profissionais durante todo acompanhamento.

*É bem interdisciplinar, cada um observa um pouco o que o outro faz, e aí se sente a vontade para repassar aquela orientação, no momento que a pessoa não possa ver, ou o profissional que seria responsável por aquela orientação não tenha visto. (E.13- Fonoaudióloga)*

Na equipe multidisciplinar, ocorre uma valorização entre os profissionais de acordo com a sua área de conhecimento. De acordo com as falas:

*Cada um fazendo a sua parte, fazendo o seu papel e ambos sendo importantes. (E.08- Fonoaudióloga)*

*Cada profissional do follow-up tem o seu papel a sua importância. (E.20- Fisioterapeuta)*

Apesar dessas afirmações, o que se pode perceber nos ambulatórios de *follow-up* pesquisados é que as atividades desenvolvidas não devem ser consideradas interdisciplinares. Para que o seguimento do recém-nascido de alto risco seja realmente interdisciplinares, ele tem que envolver questões como: o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e da conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde. (SAUPE, 2005)

A dificuldade de se ter um trabalho interdisciplinar no *follow-up* está relacionado à estrutura do serviço, podemos destacar alguns pontos como: quantitativo de profissionais insuficiente para atender a grande demanda, falta de especialistas, carga horária pequena destinada ao *follow-up* e espaço físico inadequado. Todos esses fatores dificultam a troca de conhecimentos e das práticas entre os profissionais.

### **- A Participação da Enfermeira no *Follow-up***

A Enfermagem é definida por Rocha (2000) como sendo a profissão da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. É responsável pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes através do cuidado.

O cuidado implica ação direta à saúde, a enfermagem remete à tradição do cuidado geral ao cliente no seu contexto cultural, social, emocional, aplicando um conhecimento aliado à afetividade para melhorar as condições gerais do indivíduo.

Gomes (2002, p.42) refere que

a enfermagem enquanto profissão constrói seu saber interagindo, influenciando e sendo influenciada pelo contexto social no qual está inserida, ao mesmo tempo em que utiliza os conhecimentos das ciências biomédicas e humanas na sua prática cotidiana. Simultaneamente, a profissão tem construído um saber próprio através das teorias de enfermagem que marcam um período de busca do núcleo essencial da profissão e a explicitação de um fazer específico e pertinente às necessidades de saúde dos indivíduos e dos grupos sociais.

A enfermagem, durante a sua trajetória, vem aumentando o seu reconhecimento profissional devido à evolução das suas bases teóricas e científicas, mas em determinadas situações percebemos que ainda há muito que lutar para se fazer reconhecida e garantir o seu espaço profissional. “A quantificação da prática de enfermagem aliada à maior qualificação dos profissionais se faz necessária, embora esse processo, na prática seja bem tímido, de forma a estabelecer a profissão com um saber/fazer qualificado e validado.” (GOMES, 2002, p.46)

De acordo com o que é preconizado pela literatura, a enfermeira possui atribuições específicas nos serviços de *follow-up*. No entanto, devido ao baixo quantitativo de profissionais e a estrutura deficiente do serviço, muitas das vezes ela não consegue desenvolver de maneira adequada suas atividades.

Na auto-representação das enfermeiras, percebemos certa frustração e angústia devido à percepção confusa de suas atividades no *follow-up* do recém-nascido de alto risco. Apesar dessa indeterminação do papel profissional, as enfermeiras reconhecem a sua importância no ambulatório de seguimento do recém-nascido de alto risco, destacando algumas atividades específicas que a elas compete. Outro fato destacado pelas enfermeiras é o desvio de função nos serviços.

Percebemos, na fala da maioria das enfermeiras entrevistadas, a angústia devido à indefinição do seu papel no seguimento do recém-nascido de alto risco, conforme pode ser observado abaixo:

*Em algumas vezes pesagem, o exame físico, o registro, orientação de alimentação, geralmente tem a nutrição. Eu acho que os papéis são muito indefinidos. Eu não vejo um papel específico, queria vê. O médico pega e vê a caderneta, o peso a auxiliar pode pesar, como geralmente acontece, temos a fisioterapia para vê a postura da criança, temos a nutrição para orientar o desmame, orientar a alimentação, então qual é o nosso papel? (E.04- Residente de Enfermagem)*

*...eu não via assim uma ação direta da enfermagem, o médico está ali para prescrever, prescreve a medicação, a fonoaudióloga acompanha uma parte da fala, a fisioterapeuta com a parte motora. E assim, eu sempre me perguntava, porque todo mundo sabe a questão da alimentação, às vezes a gente ia falar aí a fonoaudióloga já vinha e falava, então, o que estou fazendo aqui? (E.05- Residente de Enfermagem)*

*não tem papel definido, mas eu acho muito importante por causa do vínculo, a pessoa fica mais à vontade. (E.06- Residente de Enfermagem)*

*Realizo consulta de enfermagem, basicamente com a criança consulta de enfermagem, orientação para a mãe de puericultura, porque na verdade eu não posso atender criança grave. Então é a parte de puericultura, criança mais estável, uma criança sem muitos problemas neuropatas, é uma criança que eu até posso atender, mas eu não tenho especificação para isso. Então eu posso dar orientação básica para ela, mas*

*eu não posso medicar. Oriento em relação às dietas, cuidados em casa, de condicionamento, de postura e de cuidados com a mãe. (E.09- Enfermeira)*

Gomes (2002) afirma que as enfermeiras são preparadas para cuidar, mas esse cuidar na prática deriva na sua maioria do diagnóstico médico. Assim, o cuidar compreende aspectos inerentes à profissão, como o interrelacionamento humano profissional-cliente e a educação em saúde, e aspectos instrumentais, como a implementação da terapêutica medicamentosa e realização de procedimentos específicos no cliente.

Mediante essa afirmação, os profissionais de enfermagem podem viver um conflito em relação à sua prática profissional, dificultando a percepção das suas atividades específicas no *follow-up*.

Apesar dos conflitos existentes em reconhecer qual o real papel da enfermeira no acompanhamento do recém-nascido de alto risco, ainda percebe-se que as enfermeiras entrevistadas reconhecem a importância das suas atividades no *follow-up*. Exemplifico:

*A presença do enfermeiro é necessária, acho que se você se colocar a frente das orientações, até mesmo na questão da higiene, às vezes no follow-up chega criança com monília, com dermatite, aí o enfermeiro tem esse olhar, o médico não tem esse olhar, o fisioterapeuta não vai ter esse olhar, até mesmo m relação à família. Às vezes a gente acaba sinalizando para a psicóloga uma coisa que a mãe não tem coragem de falar para pediatra. Apesar de eu não ter uma função definida no follow-up, mas ao mesmo tempo eu acho importante a presença da enfermeira. (E.05- Residente de Enfermagem)*

*Não tem o papel definido, mas eu acho muito importante por causa do vínculo. As nossas orientações são muito válidas, acho que ajudam sim, acho que elas relatam coisas para a gente que não relatam para outros profissionais, então a gente*

*leva isso para o profissional e a gente trabalha junto. (E.06- Residente de Enfermagem)*

Segundo Barbosa, (1990) a enfermeira no *follow-up* faz parte da equipe interdisciplinar, compõe a equipe central e possui atribuições teóricas específicas, como: manter a ligação entre a família e a instituição, realizar as orientações quanto aos cuidados básicos e específicos e avaliação geral do desenvolvimento.

Gomes (2002, p.33) aponta que o papel da enfermeira

se delinea pelo saber acerca do humano não só em todas as suas dimensões, mas também necessidades e insuficiências. Isso implica em uma ciência que promova a saúde, evite agravos e maiores danos em processos patológicos, forneça conforto nos aspectos biopsicofisiológico, ofereça significação frente à morte e apreenda as exigências do social no processo saúde-doença nos indivíduos concretos e individualizados. Isto posto, resta ainda lembrar que a enfermagem lida com esses itens no cotidiano das necessidades diárias que vão desde a satisfação das necessidades fisiológicas básicas até os aspectos mais sutis da psique humana, como a auto-estima e a gregária.

No discurso a seguir, fica claro que a enfermeira, no ambulatório de *follow-up*, muitas das vezes por necessidade do próprio serviço, está se desviando das suas funções.

*A atividade desenvolvida pela enfermeira é fundamental, só que assim, eu tenho problema que é muita carga administrativa para resolver, não só administrativa, burocrática, prontuário errado, exame que não chega, criança que não vem, agenda que tem que resolver. Eu gostaria de ter mais tempo para consulta, mais tempo para atendimento direto com paciente, mais tempo para atividade em grupo, orientação para mãe, especificamente falar sobre temas diferentes, isso eu sinto muita falta. (E.09- Enfermeira)*

Um fator específico da enfermagem é o fato de a mesma não ter como objeto de trabalho determinada parte ou processo orgânico. O objeto de trabalho da

enfermagem é o ser humano em todas as dimensões, incluindo a saúde e a doença. (GOMES, 2002)

Dessa forma, também pode tornar-se difícil para os demais membros da equipe multidisciplinar perceber qual a atribuição específica da enfermeira no acompanhamento do recém-nascido de alto risco. Este fato fica evidenciado nas entrevistas onde os profissionais referem diversificados papéis para a enfermeira.

Alguns profissionais referem a importância da enfermeira na troca de conhecimentos em relação à prática profissional no *follow-up*. Exemplo:

*É bem legal assim, porque as vezes a gente troca com a equipe e enfermagem. Muitas vezes é a equipe de enfermagem que vem pedir para a gente conversar com aquela mãe que está observando, mas as vezes do que a equipe médica. (E.01- Psicóloga)*

Outros profissionais destacam que a participação e as atividades desenvolvidas pela enfermeira são interessantes pelas orientações realizadas. Segue os exemplos:

*Bem a enfermagem age bem interessante, o atendimento é iniciado por ela, elas pesam, vêem o tamanho da criança tudo direitinho e passa para o pediatra, e elas também estão ali perguntando sobre a vacinação, isso é importante, elas fazem a marcação, elas também orientam a alimentação, elas também fazem perguntas à mãe, eu acho muito interessante a enfermagem, até pelo conhecimento que tem...(E.08- Fonoaudióloga)*

*...a questão dela ta realizando aqueles procedimentos mais básicos de pesagem, de coleta de dados. (E.10- Fonoaudióloga)*

*Ela tem a visão geral da criança, de orientação à mãe, eu vejo como uma coisa boa que tem muito a acrescentar. (E.18- Terapeuta Ocupacional)*

Uma questão relevante nas entrevistas é o vínculo existente entre a enfermeira e a família. Este vínculo fortalece o acompanhamento refletindo no cuidado geral da criança e da mãe/família.

*...a cobrança, a confiança daquela mãe naquela enfermeira é maior que no pediatra...(E.08- Fonoaudióloga)*

*Eu sei muito das histórias dos pacientes através dela, ela conhece muito as famílias, as crianças, ela tem um vínculo bom com a criança e com a família. (E.17- Dentista)*

Muitas vezes a figura da enfermeira é ambígua e está intimamente relacionada com a assistência e com a atividade administrativa. (E.18) -3-3( )-3229178.13 41



A imagem da enfermeira também está relacionada com a pessoa que faz o elo entre a família, a instituição e os profissionais.

*...é quem faz a ponte, e é a pessoa que tem uma visão clínica e a visão do social, a gente fica com isso segmentado, então é fundamental, tem que ser. (E.12- Médica)*

*...ela funciona um pouco como elo entre os profissionais...ela fazia o meu elo com os outros profissionais. (E.17- Dentista)*

Em outra entrevista relata que a participação da enfermeira deve ser ampliada. Exemplo:

*Eu acho que, pode ser ampliado, assim, eu acho que varia muito do profissional...(E.13- Fonoaudióloga)*

Muitos profissionais percebem a enfermeira como um profissional pronto para desempenhar qualquer tarefa.

*Acho que ela é tudo, só falta ir na empresa pedir vale transporte para a mãe não faltar, passa aerograma, faz o acompanhamento de enfermagem...(E.22- Nutricionista)*

*O enfermeiro é sempre mão de obra, para descobrir a vacina que está faltando, e fazer a vacina, vê a parte da amamentação, arruma remédio. Desde da parte social, da parte da medicação, até de orientação de alimentação, orientação de amamentação, e fica de olho, aquela mãe deve ter parte psicológica então é multiespecialista, a parte da enfermagem é multiespecialista. (E.21- Médica)*

Ser vista como uma profissional que pode desenvolver qualquer tarefa é reduzir a imagem da profissão. Pois a profissão tem que ser identificada e reconhecida pelo seu fazer específico e pela necessidade do seu saber científico.

No acompanhamento do recém-nascido de alto risco, a atenção ao bebê deve ser estruturada e organizada no sentido de atender uma população sujeita a riscos. Para tanto, devem existir recursos materiais e humanos especializados e capazes de garantir observação rigorosa, além de tratamentos adequados ao recém-nascido, que apresenta patologia capaz de ocasionar sua morte ou seqüelas que interferirão no seu desenvolvimento. (ROLIM, 2006)

Sob essa perspectiva de atenção à criança de risco, a assistência adequada ao bebê implica atender suas necessidades mínimas de ambiente físico e de recursos humanos para o cuidado. A equipe de saúde que cuida dessa clientela deve ser experiente para reconhecer desvios da "normalidade", potencialmente presentes, referindo, ainda, que o vínculo mãe/bebê seja respeitado em todos os momentos.

Por outro lado, a enfermagem tem uma história longa de atuação no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido sadio, inclusive com ações normatizadas pelo Ministério da Saúde (1984), no programa de assistência integral à saúde da criança (PAISC), a enfermeira desenvolve atividades referentes: aleitamento materno e desmame, assistência e controle das infecções respiratórias agudas, imunização, controle das doenças diarréicas e acompanhamento de crescimento e desenvolvimento das crianças. O que deveria ser considerado para a definição do papel desse profissional no acompanhamento da criança de risco.

*Como eu te falei esta parte das vacinas. A criança chega passa pelo pediatra, o pediatra faz aquela preliminar pergunta como a criança passou aquele tempo, aí a gente pede o cartão de vacina já vai olhando o cartão, a questão da alimentação, já vai perguntando tirando as dúvidas. Às vezes a mãe que está ordenhando o leite para dá na mamadeira, sai para trabalhar deixa o leite em casa, aí a gente orienta como armazenar este leite. (E.05- Residente de Enfermagem)*

O reconhecimento de que as enfermeiras possuem um vasto conhecimento técnico-científico que as habilitam a ocupar um espaço próprio nas equipes de *follow-up* do recém-nascido de risco também é observado nas entrevistas, devendo criar estratégias para promover e fortalecer sua posição no grupo e o seu espaço profissional. Exemplifico:

*Eu acho duas coisas: temos que lutar pelo nosso espaço e normatizar o nosso papel. (E.04- Residente de Enfermagem)*

Conforme Gomes (2002, p.35):

Faz-se necessário destacar, contudo, que o papel do próprio enfermeiro é delimitado em seus aspectos legais, tanto na lei do Exercício Profissional quanto por outros documentos emanados do sistema COFEn/COREns. No entanto, a definição e a conseqüente execução do papel próprio no âmbito da prática profissional em instituições específicas se revestem em inúmeras dificuldades, como a capacidade técnico-científica dos profissionais, as políticas das instituições, as relações de poder na equipe de saúde e a liberdade de ação cedida aos profissionais. Outro ponto que merece ressalva é o espaço de atuação e liberdade de ação dos enfermeiros que variam de instituição e serviços, na dependência das políticas adotadas e da visão gerencial dos administradores e gestores. Isto demonstra a fragilidade com que a prática é executada como conseqüência, em parte, de uma não especificação do papel próprio do enfermeiro.

Dessa forma, devemos discutir qual o processo de inserção desse profissional nas equipes de *follow-up* do recém-nascido de alto risco, que anula a sua história pregressa e competência comprovada e o coloca em um papel impreciso, relativamente indefinido ou apenas complementar das ações de outras categorias profissionais.

A enfermeira, com os demais profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar do *follow-up*, tem que se dedicar na elaboração e execução de estratégias destacando a necessidade dos serviços de *follow-up* como política de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os grandes avanços tecnológicos e farmacológicos que ocorreram na terapia intensiva neonatal nos últimos anos contribuíram para a redução da mortalidade neonatal, principalmente no grupo de recém-nascidos de muito baixo peso. Com a diminuição da mortalidade, ocorreu o aumento de sobreviventes normais, mas também contribuiu para o aumento significativo de crianças com seqüelas.

Os ambulatórios de seguimento – ou *follow-up* – são responsáveis pela realização do acompanhamento sistematizado dos recém-nascidos considerados de risco, permitindo que esse grupo de crianças seja assistido considerando as suas particularidades e necessidades clínicas.

Através deste estudo evidenciou-se que o acesso a esse tipo de programa é circunscrito às crianças nascidas nas maternidades que o desenvolvem, sendo, portanto restrito. Esse quadro é agravado pela baixa estruturação da rede de serviços de saúde em relação à assistência prestada às crianças de alto risco. Essa característica dos serviços e da rede básica determina que a demanda é sempre maior que a oferta de serviços. Nesse contexto, os serviços de *follow-up* criam estratégias para viabilizar o atendimento das crianças que realmente necessitam de uma atenção diferenciada.

Observa-se, portanto, que, apesar da existência de uma demanda gerada pela própria maternidade que não é atendida, qual seja, a população direcionada pela equipe das UTINs, há também aquela gerada pelo cliente do serviço público de saúde, oriunda de outras maternidades que não desenvolvem esse tipo de acompanhamento. A capacidade de absorção dos serviços analisados é caracterizada por uma resposta insuficiente para a demanda criada pela própria instituição e também para uma demanda não coberta pela rede básica de serviços de saúde.

Em relação à infra-estrutura para o atendimento, as instituições estudadas não estão minimamente equipadas, segundo o recomendado para esse tipo de atendimento. Quanto à área física, ela é identificado como sendo uma dificuldade na realização dos atendimentos, pois o quantitativo de salas é inadequado quando comparado com a grande demanda. E alguns serviços não possuem salas para

atendimento, a equipe atende em um grande salão, sendo o limite dos profissionais uma mesa. Nos *follow-up*, não encontramos espaços próprios para a realização de cuidados básicos com a criança. Toda essa falta de infra-estrutura dificulta o funcionamento adequado do acompanhamento, levando ao imprevisto. E essas adaptações podem interferir diretamente ou indiretamente na qualidade da assistência.

Quanto aos recursos humanos, observou-se uma grande variação na composição da equipe multidisciplinar entre as instituições, constatando-se um conjunto de profissionais atuando juntos, mas não um funcionamento como equipe interdisciplinar. Os profissionais que atuam no ambulatório de seguimento, na sua grande maioria, não são exclusivos deste serviço, tendo que dividir a sua carga horária com outros setores da instituição, o que pode dificultar o desempenho das atividades necessárias e previstas para o bom desenvolvimento do programa.

Observamos através deste estudo que uma das finalidades citadas pelos entrevistados dos programas de acompanhamento diferenciado às crianças de risco, é que ele diminui as reinternações e, portanto, os custos hospitalares. Méio (2005) evidencia que o custo desse grupo de crianças continua sendo mais elevado do que os das crianças que não são consideradas de risco. Entretanto, se os responsáveis receberem orientação adequada em relação ao cuidado e ajuda em relação à obtenção de medicamentos, necessários em algumas condições clínicas, as intercorrências poderão ser minimizadas. Isto se torna mais evidente na população estudada, constituída na sua maioria por famílias de baixa renda. Os profissionais também reconhecem o *follow-up* como continuidade da assistência ao recém-nascido de alto risco direcionado para as ações preventivas, de promoção à saúde e de educação em saúde. Nesse caso, identificam o suporte da rede de apoio como fundamental à família e ao indivíduo no enfrentamento de transições no processo do desenvolvimento.

Através dos depoimentos dos profissionais entrevistados, pôde-se perceber que os seus conhecimentos e práticas foram adquiridos e moldados no cotidiano da atividade profissional, e são pouco orientados pelo conhecimento científico existente sobre o tema. Destaca-se aqui a existência de um tipo particular de representação, que é ao mesmo tempo moldado pelo conhecimento do senso comum, expresso em práticas empíricas, e pelo conhecimento científico. Essa particularidade permitiu a

identificação de uma necessidade de capacitação desses profissionais, especialmente nos avanços do conhecimento científico sobre os comprometimentos futuros potenciais da prematuridade e do muito baixo peso ao nascer.

Não se observou nos serviços estudados uma uniformidade no atendimento prestado, uma vez que não seguem rotinas de trabalho ou de atendimento, conforme o que é preconizado pela literatura. Em nenhum dos serviços foram identificadas normas escritas e somente em uma das instituições observou-se que o seu atendimento é conduzido de acordo com uma escala de desenvolvimento.

A representação do seguimento do recém-nascido de alto risco é identificada neste estudo como importante e associada, especialmente, às atividades de promoção da saúde, educação em saúde, prevenção de seqüelas e reabilitação.

No entanto, a representação da prática profissional efetivada muitas vezes se confunde com essa representação do seguimento, como proposta técnico-teórica. A prática profissional desenvolvida é identificada, neste estudo, também como importante, e é vista como associada às atividades de prevenção de seqüelas, promoção da saúde, educação em saúde e reabilitação. Ainda no que se refere à avaliação do crescimento e do desenvolvimento, as práticas relatadas pelos profissionais têm um caráter empírico, sendo determinadas pelo hábito de cada profissional ou equipe.

Nesse aspecto, os profissionais identificam as dificuldades cotidianas de desenvolvimento dessas práticas e a necessidade de aperfeiçoamento do ambulatório de seguimento, a fim de oferecer uma assistência de qualidade, já que o retorno dessas crianças é gratificante.

Esse tipo de desenvolvimento de prática assistencial, caracterizado pela experiência empírica dos profissionais, e não por uma norma institucional, gera dificuldades que também foram identificadas neste estudo. A principal dessas dificuldades foi o baixo grau de institucionalização do seguimento do recém-nascido de risco nas instituições estudadas, que se manifesta, entre outras coisas, pela inexistência de uma rede de serviços especializados. Apesar dos serviços estudados estarem localizados em hospitais de médio e grande porte de uma capital, o seguimento dos recém-nascidos de risco coloca-se como uma atividade isolada, não integrada aos recursos que, por hipótese, essas instituições deveriam possuir. Esse

isolamento é evidenciado na afirmativa de alguns profissionais de certa frustração com o trabalho que é desenvolvido, afirmando que gostariam de ter uma maior integração com os grandes centros, com o intuito de melhorar a qualidade do serviço prestado.

No que se refere às práticas de enfermagem, dentro da equipe multiprofissional, observou-se que ocorre uma indefinição do seu papel como membro da equipe na detecção precoce de anormalidades do desenvolvimento, na prevenção de seqüelas e na educação em saúde. Essa indefinição de atividades deixa a maioria das enfermeiras angustiadas e frustradas, conforme percebemos nas entrevistas. Apesar desse contexto, as próprias enfermeiras e os demais profissionais reconhecem a sua importância no atendimento do *follow-up*. Essa percepção deve fazer com que as enfermeiras criem meios para solidificar as suas práticas profissionais e sejam reconhecidas e valorizadas profissionalmente.

Caberia aqui questionar quais necessidades esses serviços estariam servindo, já que parecem abandonados em meio a grandes estruturas institucionais, sem serem adequadamente assumidos por essas estruturas. Ou poderíamos pensar que funcionam como ambulatórios de especialidades, sendo a criança de risco mais uma dessas especialidades, sem a infra-estrutura necessária ao cumprimento de sua função de locais de acompanhamento prospectivos de crianças.

Essa função de atendimento aos interesses profissional/institucional dos serviços de seguimento foi apontada por Méio (2005) ao identificar que o seguimento desses ambulatórios se deu através da criação de uma demanda induzida, já que essa era dependente do interesse dos médicos em exercerem essa prática. Essa mesma característica parece se perpetuar, mesmo nos serviços onde operam equipes multiprofissionais, ou seja, o modelo biomédico de atenção parece se impor como única forma de realização do seguimento de crianças de risco.

Nesta pesquisa vale destacar que o vínculo entre mãe e profissionais é uma essa

com os quais construíram uma relação de afetividade.

A neonatologia, no Brasil, como especialidade, é recente e, conseqüentemente, o seguimento de crianças de risco é um serviço que está praticamente se iniciando, o que lhes confere certo grau de experimentação. Observou-se que os serviços estudados estão em fase de iniciação e de aperfeiçoamento, apresentando essa mesma característica de aprendizado através das práticas e observações realizadas no cotidiano.

Para o grupo estudado, a avaliação da eficácia dos serviços será dada ao longo do tempo, uma vez que as crianças que são acompanhadas nesses serviços estão crescendo e permitindo identificar os primeiros resultados desse investimento.

Diante dos resultados deste estudo, parece incontestável a importância e necessidade do seguimento do recém-nascido de alto risco. Pois as crianças com seqüelas leves, que vão se manifestar tardiamente com o fracasso escolar e distúrbios de comportamento, ainda não recebem a devida atenção, principalmente no sistema público de saúde. Dados objetivos, documentando seqüelas funcionais nessas crianças, devem incentivar a criação, como em outros países, de programas preventivos e de estimulação do desenvolvimento, para atender ao número crescente de crianças pré-termo que nascem nos hospitais brasileiros. Esses estudos, no entanto, só são possíveis com a coleta sistemática de dados, que precisa ser incentivada, para que venhamos ter uma melhor compreensão das características do desenvolvimento das nossas crianças pré-termo.

A pesquisa nesta área deve ser incentivada que, de acordo com Rodrigues (2006), uma intervenção benéfica nessa população de risco só será possível mediante um melhor conhecimento dos mecanismos fisiopatogênicos de lesão cerebral na população de muito baixo peso e extremo baixo peso ao nascer, suas causas e a influência que fatores biológicos, genéticos e ambientais passam a ter sobre essas crianças, melhorando ou piorando o desenvolvimento. Seguimentos prospectivos em longo prazo abrangendo populações de estudo que tenham usufruído das inovações tecnológicas, como o uso do surfactante, por exemplo, são necessários. Estudos multicêntricos nacionais e internacionais que sigam rigidamente os preceitos da medicina baseada em evidências é provavelmente o caminho mais fidedigno para ajudar os escolares de muito baixo peso ao nascer, e suas famílias.



Para tal, ainda há necessidade de um reconhecimento por parte da saúde pública de um modo geral, no investimento e na valorização desse tipo de atividade. Esse esforço implica a reorganização dos serviços e das práticas de saúde como fatores que devem ser revistos, enfatizando a credibilidade, resolutividade e aceitabilidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

A formação de um ambulatório de seguimento deve se aproximar da realidade vivenciada pela população a ser atendida, na tentativa de atender à necessidade do perfil dessa clientela. A organização desses ambulatórios deverá ocorrer de acordo com o grau de complexidade e com os recursos humanos e materiais necessários para suprir as necessidades da clientela, favorecendo a detecção precoce de desvios do desenvolvimento, e o seu encaminhamento para tratamento minimizando as seqüelas.

No Brasil, como em vários países da América Latina onde as desigualdades sócioeconômicas prevalecem para a promoção da saúde, ainda há pequena participação no desenvolvimento social e econômico do país. Fatores tais como manipulação de políticas públicas, interesses políticos e instabilidade política em muitas regiões prejudicam seu desenvolvimento.

Podemos nos referir à saúde como um direito de todos, sendo um direito social. Que abrange ações específicas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde, mas não podemos nos esquecer de determinantes como: condições de vida, de trabalho e emocionais, todas condições necessárias para oferecer o mínimo de qualidade de vida.

Pensar-atuar no âmbito da atenção à saúde de forma inovadora requer dos profissionais uma postura permanente de reflexão e investimentos éticos em torno da construção de uma nova qualidade assistencial, que possa responder de forma ampla a necessidades de saúde, de acordo com as possibilidades e os potenciais institucionais locais.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S.P. & OLIVEIRAS, D.C. (Orgs). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.

\_\_\_\_\_. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P.H.F. & LOUREIRO, M.C.S. (Orgs). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p.37-57.

ANTHIKAD, J. **Psicologia para Enfermagem**. 2ªed. São Paulo: Reichmann & Autores Editores, 2005.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermanismo: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.6, v.1, p.183-195, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS: **NBR 6023: informação e documentação** - Elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_: **NBR 6023: informação e documentação**. Citações em documentos- Apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

BÁBARA, L. et al. **Michaelis Pequeno Dicionário Inglês-Portugues/Português-Inglês**. 44ª ed. Melhoramentos São Paulo: Editora Por, 1989.

BARBOSA, N.M. M. et al. **Manual de Follow-up do Recém-Nascido de Alto Risco**. Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1990.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Paris, Presses Universitaires de France: Edições 70, 1977.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), Porto Alegre, v.79, supl.1, maio/junho, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 01/06/2005.

BOCK, A.M.B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. de L. T. **Psicologias**: uma introdução ao estudo da psicologia. 3ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1989.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. 3ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOLD, A .P.G. et al. Assistance of the nursingto the patiente and is familiar one. **Nursing Research New York**, v. 51, n.3, p. 199-207, May/June, 2002.

BONILHA, L.R.C.M.; RIVOREDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 81, n. 1, p. 7-13, jan./fev., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 15/06/2005.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v.5, nº1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 01/10/2006.

CABRAL, I.E.; TYRREL, M.A.R. O Objeto de Estudo e a Abordagem de Pesquisa Qualitativa na Enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I.; TAVARES, C. M. M. **Pesquisa em Enfermagem - Novas Metodologias Aplicada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.18-29.

CABRAL, I.E. **Aliança de Saberes no Cuidado e Estimulação da Criança Bebê**. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999.

CALDEIRA, A P.; FRANÇA, E., GOULART, E.A.M. Mortalidade infantil pós-natal evitável: o que revelam os óbitos em domicílio. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.2, n.3, sept./dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 14/04/2006.

CANDEIAS, N.M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.31, n.2, abr. 1997. . Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 25/11/2006.

CARPENITO, L.J. **Diagnóstico de Enfermagem**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CARVALHO, A E.V.; LINHARES, M.B.M. ; MARTINEZ, F. E. História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças Nascidas Pré-termo e Baixo Peso. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v.14, nº1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 14/04/2006.

CENTA, R.M. de L. A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.13, n.3, p.444-451, jul/set. 2004.

CORRÊA, M. D.; FILHO, N. A. **Manual de Perinatologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: MEDSI,1995.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**.

Brasília, v.16, n.3, set./dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em 04/12/2006.

DOISE, W. Atitudes e Representações Sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p.187-203.

DONABEDIAN, A. Taking care of the nurse. **Nephrology Nursing Journal**. Pitman, v.30, n.1, p.33-37, Feb. 2003.

ENGEL, J. **Avaliação em Pediatria**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

ESCUDEIRO, C.L.; SILVA, I.C.M. **Adoçando o Fel do Pesquisar: A doce descoberta das Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1997.

FERREIRA, A.B. de H. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 3ªed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FREITAS, M.; SIQUEIRA, A.; SEGRE, C. A. M. *Follow-up* evaluation of children with birth weight less than or equal to 2.000g. **São Paulo Medical Journal**. São Paulo, v.122, n. 6, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 15/05/2005.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 15ª edição. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1989.

GAGLIARDO, H.G.R.; GONÇALVES, V.M.G.; LIMA, M.C.M.P. Método para avaliação da conduta visual de lactentes. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo v. 63, n. 2a, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 09/07/2005.

GARCIA, J.M.; GUERPELLI, J.L.D.; LEONE. C.R. Importância da avaliação dos movimentos generalizados espontâneos no prognóstico neurológico de recém-nascidos pré-termo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 4, jul./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 15/05/2005.

GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem**. 2ªed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R.; DE LENCAS, S. F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.2, n.2. p.103-114, junho 1994.

GOMES, A.M. **Autonomia Profissional da Enfermagem em Saúde Pública: um estudo de representações sociais**

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATOS, T. M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal**. 2ªed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.

LIMA, A. J. **Pediatria Essencial**. 5ªed. São Paulo: Atheneu, 1998.

LOPES, S.M.B.; LOPES, J.M. de A. **Follow-up do Recém-Nascido de Alto Risco**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

LORDELO, E. da R.; FONSECA, A.L.; ARAÚJO, M.L.V.B de. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v.13, n.1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 24/09/2006.

MADEIRA, L.M. **Alta hospitalar da criança: implicações para a enfermagem**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://fsp.usp.br/Madeira.HTM>. Acesso em 01/05/2005.

MAGALHÃES, L.C. et al. Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 2A, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 09/07/2005.

MANCINI, M.C. et al. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. **Arquivos**

de **Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 60, n. 2b, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 09/07/2005.

\_\_\_\_\_. Estudo do desenvolvimento da função motora aos 8 e 12 meses de idade em crianças pré-termo e a termo. **Arquivos de Neuro Psiquiatria**, São Paulo, v. 60, n. 4, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 09/07/2005.

MARCONDES, E. **O Ensino do Crescimento da Criança**. 8ªed. Pediatria São Paulo, 1986.

MARCONDES, E.; MACHADO, D.V. **Pediatria Básica. Crescimento e Desenvolvimento** 45-68. 6ªed. São Paulo, 1978.

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. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.2 abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 01/11/2006

MELO, E.M. de. Ação comunicativa, democracia e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, supl. 0, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 01/10/2006

MELLO, D.F. et al. Cuidados Maternos a Crianças de Peso ao Nascer. **Revista de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 36, n.3, p.262-268, set. 2002.

MINAYO, M.C. de S. **O Desafio do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 6ªed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco,1999.



\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 19ªed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.de; HARTZ, Z.M. de A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde.** Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 09/09/2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru .** 1ªed., 2002.

\_\_\_\_\_. **Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da saúde, 1984

\_\_\_\_\_. **Constituição: República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1998.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.** Decreto n. 933 de 14 de janeiro de 1987. Resolução 196/96.

\_\_\_\_\_. **Pressupostos de Educação em Saúde.** Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Brasília, 2006.

MOSCOVICI, S. **A Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: zahar, 1978.

MOYSÉS, S.J.<sup>1</sup>; MOYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.9 n.3 jul./set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 09/07/2005.

OLHWEILER, L.; SILVA, A.R. da; ROTTA, N.T. Estudos dos reflexos primitivos em pacientes recém-nascidos pré-termo normais no primeiro ano de vida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 63, n. 2a, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 09/07/2005.

OLIVEIRA, B.R.G.de; COLLET, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7 n.5, dez.1999. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 24/09/2006.

OLIVEIRA, D.C. **O Desenvolvimento Infantil e suas Representações: dimensões do saber técnico e do senso comum**. 1990, 124f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

\_\_\_\_\_. **Análise de Conteúdo Temática: uma proposta de operacionalização**. Texto Didático e Instrumentos, Mimeo; 2005.

OLIVEIRA, L.N.; LIMA, M.C.M.P.; GONÇALVES, V.M.G. Acompanhamento de lactentes com baixo peso ao nascimento: aquisição da linguagem. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n.3B, set. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 27/04/2006.

ONIS, M. de; VICTORA, C.G. Gráficos de crescimento para bebês alimentados com leite materno. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 80, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 10/06/2006.

QUEIROZ, M.V.; JORGE, M.S. Estratégias de Educação em Saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, vol.10, n.19 Jan./Jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 10/09/2006.

RAPPAPORT, C.R.; FIORI, W. da R.; DAVIS, C. **Teorias do Desenvolvimento**. São Paulo: EPU, 1981.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. de. O Processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva e Interdisciplinar. **Revista Latino-Americana em Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.6, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 22/10/2006.

RODRIGUES, M.C.C.; MELLO, R.R.; FONSECA, S.C. Dificuldades de Aprendizagem em Escolares de muito Baixo Peso ao Nascer. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 82, n. 1, 2006 Disponível em: [www.jped.com.br](http://www.jped.com.br) Acesso em 10/06/2006.

ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Revista Latino-Americana**. Ribeirão Preto, v.14, n.1, jan./fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 14/04/2006.

RUGOLO, L.M.S.de S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.81 nº1 supl.1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 27/04/2006.

SÁ, C.P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: M. J. SPINK (Org). **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p.19-45.

\_\_\_\_\_. **A construção do Objeto em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

\_\_\_\_\_. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2ªed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANTOS,I.; CLOS, A.C. Pesquisa Quantitativa e Metodologia. In: GHAUTHIER, J.H.M.; CABRAL, I.E.; SANTOS, I.; TAVARES, C.M.M. **Pesquisa em Enfermagem - Novas Metodologias Aplicada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.1-17.

SANTOS, M.deF.deS. Representação social e identidade. In: MOREIRA, A. S.P. & OLIVEIRAS, D.C. (Orgs). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 151-159.

SAUPE, R. et al. Competência dos Profissionais da Saúde para o Trabalho Interdisciplinar. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, vol.9, n.18, p.521-36, set./dez. 2005.

SILVA, O.P.V. et al. **Novo Manual de Follow-up do Recém-Nascido de Alto-Risco**. Sociedade Brasileira de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro. RJ, 1994.

SCHIMTZ, E.M. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

SOUSA, A.I.J. et. al. Dialogando com a equipe de enfermagem sobre as necessidades educativas dos acompanhantes de crianças internadas: construindo caminhos para o cuidado à família. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.12, n.3, p.280-288, jul./set. 2003.

SPINK, M.J.P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.1, v.2, p.300-308, jul/set, 1993.. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 11/10/2000.

STAGGERS, N. et al. Information and ability of the nurse who influences in the practical one. **Nursing Research**. New York, v.51, n.6, p.383-390, nov/dec. 2002.

SOUZA, E.M.de; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.5 v. 2, p.1354-1360, set-out, 2004.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI Neonatal** - Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TAVARES, C.M.M.; TEIXEIRA, E.R. Trabalhando com Representações Sociais na Enfermagem. In: GHAUTHIER, J.H.M.; CABRAL, I.E.; SANTOS, I. dos; TAVARES, C.M. de M. **Pesquisa em Enfermagem** - Novas Metodologias Aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.51-59.

TAVARES, C.M.A .et al. O nascimento: um evento pertencente à equipe de saúde? **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.12, n.4, p.569-575, out/dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 09/07/2005.

TEIXEIRA, M.C.B. **O lugar do cirurgião-dentista no trabalho de equipe em saúde: uma perspectiva interdisciplinar.** 2003, 115f. Dissertação (Mestrado) Faculdade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2003.

VERHY, M.P. Development, progress and implantation of the cares in the nursing area. **Journal of Nursing Education**, New York, v.38, n.5, p.252-259, Nov/Dec. 1999.

WALDOW,V.R. **Cuidado Humano: o Resgate Necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WASILEWSKI, D. et al. Importância da avaliação oftalmológica em recém-natos. **Jornal Pediatrico**, Rio de Janeiro, v.78, n.3, 2002.. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em 01/06/2005.

WHALEY, L.F. & WONG, D.L. **Enfermagem Pediátrica.** 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

WOOD, G.L.B.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização.** 4ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

## APÊNDICES

### Apêndice A

#### Roteiro Temático de Entrevista

1. Significado do acompanhamento do recém-nascido de alto risco. (conhecimento sobre o assunto, impressões sobre a importância do acompanhamento para a criança e para a família, etc),
2. Objetivos e filosofia do acompanhamento específico ao recém-nascido de alto risco. (o que pretende e para que serve).
3. Faixa etária do acompanhamento.
4. Desenvolvimento do cronograma do acompanhamento do recém-nascido de alto risco nesta instituição.
5. Atividades desenvolvidas neste programa (em grupos ou individuais). (Como foi o projeto inicial e como é o programa hoje)
6. Ações desenvolvidas no programa de *follow-up* visando a prevenção de seqüelas (imediatas após a alta e de longo prazo, seqüelas mais freqüentes observadas neste serviço, periodicidade das ações).
7. Participação e atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar no *follow-up*.
8. Participação e atividades desenvolvidas pela enfermeira no *follow-up*.
9. Participação e envolvimento da família no *follow-up*.
10. Dificuldades para o desenvolvimento do programa e propostas de mudança.
11. Adesão ao acompanhamento e abandono (imediatamente logo após o nascimento, após 1 ou 2 anos e a longo prazo, índice de abandono do acompanhamento).
12. Perfil da clientela

## Apêndice B

### Formulário de Caracterização dos Sujeitos

**Nº da Entrevista:** \_\_\_\_\_

Hospital: HMCD ( )                      HUAP ( )                      HUPE ( )

1. Identificação do entrevistado:

2. Idade:                                      3. Sexo: M ( )      F ( )

4. Formação acadêmica (nível e área):

5. Tempo de formação:                      6. Especialização ou pós-graduação: S ( )      N ( )

7. Função no Serviço:

8. Há quanto tempo trabalha neste hospital?

9. Há quanto tempo trabalha no acompanhamento do recém-nascido de alto risco?



## Apêndice C

### Formulário de Caracterização dos Serviços

Nº da Entrevista: \_\_\_\_\_

Hospital: HMCD ( )                      HUAP ( )                      HUPE ( )

1. Identificação do entrevistado:
2. Função:
3. Quando iniciou o programa de acompanhamento do recém-nascido de alto risco?
4. Quais os objetivos do Programa e a quem ele se destina?
5. Quais os profissionais que atendem diretamente à clientela no acompanhamento do recém-nascido de alto risco, suas funções e o quantitativo?
6. Número médio de atendimentos por dia ou por semana:
7. Quais as ações previstas no *follow-up*, tipos de atendimento e especificação?
8. Dificuldades enfrentadas pelo *follow-up*:
9. Origem e perfil da clientela atendida:
10. Tipos de incentivos e apoios oferecidos para as famílias em acompanhamento (material e outros):

## Apêndice D



## Apêndice E

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que concordo em participar voluntariamente da pesquisa científica sobre o tema "Acompanhamento do Recém-Nascido de Alto Risco: um desafio à enfermagem", que será realizada sob a responsabilidade da aluna Patrícia Fernandes Britto, do Curso de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Denize Cristina de Oliveira.

Fui informado sobre os objetivos da pesquisa, que se propõe a estudar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido de alto risco. Fui informado que a participação nessa pesquisa implica responder a uma entrevista e a ter minhas atividades profissionais observadas, procedimentos esses que serão realizados no próprio hospital, em horário oportuno.

Estou ciente de que os resultados são confidenciais e que serão utilizados unicamente para fins de pesquisa científica, e que as entrevistas e fitas gravadas serão identificadas através de números e nomes fictícios, assegurando o anonimato.

Autorizo a publicação dos resultados das análises em conjunto para efeito público. Os resultados individuais somente poderão ser comunicados para a minha pessoa. Estou ciente de que posso, a qualquer momento, abandonar esta pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo pessoal.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome Completo do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado

Para obter informações e esclarecimento sobre esta pesquisa, entrar em contato com Patrícia Fernandes Britto (021) 2711-0544 e 93993282 ou na Faculdade de Enfermagem/ UERJ (021) 2587-6335.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)