

Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru

Baby follow-up in primary care: interface with the third stage of the kangaroo method

Seguimiento del bebé en la atención básica: interface con la tercera etapa del método canguru



Luana Cláudia dos Passos Aires^a
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos^b
Roberta Costa^b
Márcia Borck^c
Zaira Aparecida de Oliveira Custódio^c

RESUMO

Objetivo: Conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família e a interface com a terceira etapa do Método Canguru.

Método: Pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada nas Unidades Básicas de Saúde do município de Joinville, Santa Catarina. Os dados foram coletados no período de setembro a outubro de 2014 através de entrevistas semiestruturadas com 31 profissionais de saúde. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática.

Resultados: Emergiram as categorias: Organização do seguimento na Atenção Básica; O enigmático bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua puericultura na Atenção Básica; As interfaces da terceira etapa do Método Canguru com a Atenção Básica.

Conclusão: A participação da Atenção Básica no Método Canguru ainda é tímida, o cuidado prestado ao bebê pré-termo é permeado de insegurança e ainda focado no modelo biomédico.

Palavras-chave: Cuidado da criança. Atenção primária à saúde. Método canguru. Prematuro. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

ABSTRACT

Objective: To know the perceptions of health professionals in primary care on the follow-up of preterm and/or low birth weight babies and their families, and the interface with the third stage of Kangaroo Care.

Method: Exploratory and descriptive research with a qualitative approach, carried out in Basic Health Units in the municipality of Joinville, Santa Catarina. The data were collected between September and October of 2014, through semi-structured interviews, with 31 health professionals. Data treatment was performed through content analysis technique, thematic modality.

Results: The following categories emerged: Segment organization in Primary Care; The enigmatic preterm and/or low weight baby and childcare in primary health care; The interfaces of the third stage of Kangaroo Care with Primary Care.

Conclusion: The use of Kangaroo Care in Primary Care is still shy, caring for preterm babies is fraught with uncertainty and still focused on the biomedical model.

Keywords: Child care. Primary Health Care Kangaroo care. Premature. Millennium Development Goals

RESUMEN

Objetivo: conocer las percepciones de los profesionales de salud de atención de la Atención Primaria, sobre el seguimiento de los bebés pretérmino y/o de bajo peso al nacer y su familia, y la interfaz con la tercera etapa del Método Canguru.

Método: Estudio exploratorio, descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado en Unidades Básicas de Salud en el municipio de Joinville, Santa Catarina. Los datos fueron recogidos entre septiembre a octubre, 2014, a través de entrevistas semiestructuradas con 31 profesionales de la salud. Para el tratamiento de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido, modalidad temática.

Resultados: Emergieron las siguientes categorías: La organización del seguimiento en la Atención Primaria; el enigmático bebé pretérmino y/o de bajo peso al nacer y su puericultura en la Atención Primaria; Las interfaces de la tercera etapa del Método Canguru con la Atención Básica.

Conclusión: La participación de la Atención Primaria en el Método Canguru aún es tímida, y el cuidado al bebé pretérmino está permeado de inseguridad y todavía está centrado en el modelo biomédico.

Palabras clave: Cuidado del niño. Atención primaria de salud. Método madre-canguru. Prematuro. Objetivos de Desarrollo del Milenio.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56805>

^a Maternidade Darcy Vargas (MDV), Unidade Neonatal. Joinville, Santa Catarina, Brasil.

^b Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^c Hospital Universitário Professor Polydoro Emani de São Thiago (HU/UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A prematuridade é um problema de saúde pública no cenário mundial. Anualmente nascem 15 milhões de bebês pré-termos no mundo, uma incidência aproximada de um a cada dez nascimentos⁽¹⁾. A preocupação com esta temática deve-se aos altos índices de morbimortalidade neonatal, já que mundialmente por ano mais de um milhão destes Recém-Nascidos (RN) morrem dias após o parto, constituindo-se esta a segunda causa de mortalidade infantil⁽¹⁾.

Com a proposta de humanizar o atendimento ao RN hospitalizado de modo a atender as demandas para o cuidado desenvolvimental do bebê pré-termo e/ou de baixo peso, surgiu no Brasil em 1999 a “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (NAHRNBP) – Método Canguru”⁽²⁾. O *Programa Madre Canguru*, idealizado originalmente na Colômbia no ano de 1979, tinha como objetivo reduzir o índice de mortalidade, infecção cruzada e os custos da assistência neonatal. No Brasil, o método é formalizado enquanto Política Pública de Saúde, tendo sua nomenclatura adaptada no país para Método Canguru (MC), por compreender que se trata de uma ação que não atinge apenas o binômio mãe/filho, mas todo seu núcleo familiar. Na realidade brasileira o método objetiva principalmente humanizar e qualificar o atendimento neonatal, favorecendo o desenvolvimento global da criança e o vínculo familiar⁽²⁾.

O método, dentre várias ações que o integram, é reconhecido pelo contato pele a pele precoce, oferecido pela “Posição Canguru”. É realizado em três etapas, sendo a primeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), a segunda na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) e a terceira após a alta hospitalar, no domicílio⁽²⁾.

A terceira etapa do MC consiste no acompanhamento da criança após a alta hospitalar no ambulatório e no domicílio. O MS propõe a participação da Atenção Básica (AB) em conjunto com o hospital nesta etapa, através da atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Visita Domiciliar (VD)⁽²⁾.

No entanto, sabe-se que a articulação dos cuidados entre os diversos níveis de saúde ainda é tímida, sendo o seguimento destes bebês realizado quase que predominantemente em nível hospitalar⁽³⁾. Os estudos indicam a necessidade de investir na AB para o atendimento dos bebês pré-termo e /ou de baixo peso⁽³⁾.

Considerando a fragilidade literária sobre a participação da AB no cuidado ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso, caracterizada pela escassa quantidade de estudos

publicados sobre a temática, bem como a necessidade de identificar suas potencialidades e suas limitações neste contexto, emergiu a seguinte questão norteadora: Quais as percepções dos profissionais das equipes de saúde da Atenção Básica acerca de sua participação no seguimento ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso egresso da unidade neonatal e à sua família, e a interface com a terceira etapa do Método Canguru?

Assim, foi estabelecido como objetivo do estudo: Conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família, e a interface com a terceira etapa do Método Canguru.

■ MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, derivada da Dissertação de Mestrado intitulada “Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do Método Canguru” apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC⁽⁴⁾.

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Joinville, localizado no norte do Estado de Santa Catarina (SC). A cidade dispõe de 57 UBS distribuídas em nove regionais de saúde. O município desenvolve, desde o ano de 2009, o projeto denominado “Estratégia de vigilância à criança em condições de risco – Programa Bebê Precioso”, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e atender de modo integral às crianças de risco de 0 a 11 meses e 29 dias, egressas da Unidade Neonatal (UN)⁽⁵⁾.

No que diz respeito à assistência materna e neonatal de nível terciário, o município estudado conta com a Maternidade Darcy Vargas (MDV), vinculada à Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), no ano de 2013 alcançou o título de referência estadual para o MC, sendo a principal instituição hospitalar relacionada ao Programa Bebê Precioso.

Foram incluídos como participantes do estudo profissionais das equipes de saúde da AB (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), que estivessem atuando na AB há no mínimo seis meses, efetivo ou contratado e que tivessem atendido bebês pré-termo e/ou de baixo peso referenciados pelo Programa Bebê Precioso.

Como critérios de exclusão adotou-se: profissionais afastados da assistência, em férias ou licença, e que estiveram afastados do serviço nos últimos seis meses. O número de participantes foi definido pela saturação de dados. A co-

leta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada. O agendamento para a realização das entrevistas foi conforme escolha de horário e local pelo participante, sendo o convite para a participação no estudo realizado pessoalmente.

Das 29 UBS que haviam atendido “Bebês Preciosos” nos anos de 2013 e 2014, identificadas pela coordenadora do programa, foram visitadas 15 UBS para a realização da coleta dos dados, buscando atender a maioria das nove regionais de saúde. As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, calmo e com o mínimo de influências externas, sendo gravadas e transcritas pela pesquisadora principal. Em três entrevistas os participantes recusaram-se de serem gravados, sendo realizado o registro dos dados logo em seguida, para assegurar a originalidade dos dados. A duração das entrevistas variou de 08 a 35 minutos.

Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo do tipo categorial temática⁽⁶⁾ seguindo-se as etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados – inferência e interpretação. Esta proposta tem como foco principal a exploração das opiniões e representações sociais sobre o tema investigado⁽⁶⁾. Na fase de pré-análise, após a transcrição das entrevistas foi realizada a leitura flutuante do corpus de análise e a formulação das hipóteses. Na fase da exploração do material, foi realizada a categorização dos dados obtidos, a partir da leitura exaustiva e saturação dos mesmos nas falas. Por fim, na fase de inferência e interpretação, as informações obtidas foram analisadas reflexiva e criticamente sob a luz do referencial teórico, que neste estudo foram as Políticas Públicas de Saúde⁽⁶⁾.

O estudo seguiu a normatização das atividades de pesquisa e intervenções com os seres humanos, obedecendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁷⁾ como a inclusão dos participantes do estudo após a autorização formal mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo antes disto informados da natureza do estudo e esclarecido eventuais dúvidas. Foi garantido o direito de desistência da pesquisa a qualquer momento e assegurado o anonimato, sendo os participantes identificados pelas letras “E” para Enfermeiros, “M” para Médicos e “T” para Técnicos em Enfermagem. O projeto de pesquisa foi submetido à plataforma Brasil e aprovado Pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/SC sob o número de parecer consubstanciado 767.502, de 27 de agosto de 2014.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 31 profissionais da AB, sendo estes 14 enfermeiros, nove médicos (seis médicos

da saúde da família e três pediatras) e oito técnicos de enfermagem. A maioria dos profissionais eram do sexo feminino, sendo que a faixa etária variou entre 27 a 60 anos. Faziam parte da ESF 64,5 % dos participantes, sendo que o tempo de atuação na AB variou de oito meses a 27 anos e o tempo de formado de dois a 36 anos. Dos participantes entrevistados, 29% possuíam outro vínculo empregatício.

A partir da análise das entrevistas realizadas, emergiram três categorias:

Organização do seguimento na Atenção Básica

Na realidade estudada, as opiniões dos profissionais de saúde divergiram quanto ao intervalo de consultas proposto pelo Ministério da Saúde (MS) para o acompanhamento da criança na AB. A principal preocupação destes profissionais com relação ao intervalo das consultas estava relacionada a alimentação do bebê. É importante destacar que independente do cronograma adotado, os programas de puericultura garantem às equipes de saúde autonomia para realizar alterações nas frequências das consultas, de acordo com as necessidades de cada criança⁽⁸⁾. Os entrevistados mostraram-se preocupados com a qualidade e duração das consultas, de forma a suprir as necessidades de orientações às famílias, principalmente quando tratava-se de um paciente pré-termo.

O MS brasileiro recomenda que o acompanhamento ao bebê seja organizado com consultas espaçadas até atingir dois anos de idade, sendo estas assim distribuídas: uma na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês e 24º mês⁽⁸⁾. No que diz respeito ao seguimento do RN de risco, o MS e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) preconizam que ocorra através de atuação multiprofissional, de caráter complementar a puericultura, uma vez que não permite um acompanhamento mais frequente e próximo, a partir de consultas mensais no primeiro semestre, consultas bimestrais ou trimestrais do 6º ao 12º mês e consultas trimestrais do 13º ao 24º mês⁽⁹⁻¹⁰⁾. Este intervalo é adotado devido o consenso na literatura e por incluir as faixas etárias que contemplam o maior número de imunizações do lactente, marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como serem as fases que demandam maiores orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças^(8,10).

O Programa Bebê Precioso propõe que bebês de risco, dentre eles pré-termo com peso de nascimento < 1500g ou com IG < 33 semanas, sejam identificados em sua Declaração de Nascimento com um carimbo cuja marcação sinaliza “carinha vermelha”, indicando que a consulta após a alta deve ser realizada pela equipe da AB em até cinco dias

úteis. O intervalo de consultas recomendado são mensais no primeiro ano de vida, no 15º, 18º e 24º mês⁽⁵⁾.

Este acompanhamento sistematizado do crescimento e desenvolvimento da criança é uma estratégia que vem gerando impacto na redução da mortalidade infantil, reforçando ações prioritárias relacionadas aos Objetivos do Milênio (ODM)⁽¹⁾.

As datas de consultas propostas pelo Ministério da Saúde eu acho que atrapalha um pouco, não podemos ter nada engessado, tem que haver flexibilidade. Por exemplo em relação ao desmame, que a consulta é com seis meses, depois só vou atender com nove meses. Depois do desmame eu tenho que acompanhar essa introdução de alimentos. O que a mãe está dando em casa para essa criança? Quem está do lado da mãe é que vai fazer a diferença, e se não formos nós e for uma pessoa pouco orientada? (E14).

A puericultura é para acompanhar o crescimento e desenvolvimento do bebê saudável. Se numa das consultas a gente observa atraso no desenvolvimento, antecipa o retorno (E6).

São muitas dúvidas. Não adianta a gente fazer uma consulta corrida e daqui dois dias a mãe estar dando leite de vaca né!? Eu gosto também de mostrar no gráfico "olha mãe, está crescendo, está evoluindo! O aleitamento está dando certo!" (M02).

Observou-se que a maioria dos profissionais da AB concordavam com a atual proposta do MS de articular as consultas entre médico e enfermeiro. Eles referiram que cada profissional tem um olhar diferenciado, que se complementa em um trabalho em equipe. Foi destacada também a importância da consulta intercalada com o objetivo de atender a expressiva demanda da unidade. O atendimento multiprofissional é diferenciado, rico em informações, e a troca de saberes beneficia o usuário. A adequada comunicação das equipes na realidade pesquisada favoreceu esse modelo, sendo realizadas interconsultas sempre que necessário. Foi reforçada a necessidade de qualificação profissional para este atendimento, apontando que a puericultura intercalada não deve ser algo imposto, mas planejado e com treinamento.

Estes dados se opõem aos resultados de outros estudos, que identificaram fragilidades na comunicação e relação entre os profissionais da AB⁽¹¹⁻¹²⁾. Estudo sobre as consultas de puericultura realizada pelo enfermeiro identificou despreparo e inexperiência no acompanhamento da criança, reforçando a necessidade de capacitação por meio da educação permanente⁽¹¹⁾. É importante que os profissio-

nais de saúde trabalhem em equipe e estejam preparados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças^(5,9,13-14).

Acho ótima essa dinâmica, até porque a visão do enfermeiro é diferente do médico, de qualquer maneira, eu acho que sempre a alternância de profissionais é bom. E a gente está em contato constante, se ela [enfermeira] tiver dúvida me procura, se eu tiver dúvida procuro ela também (M06).

Em situação normal, intercalar essas consultas é interessante, pois a gente trabalha com uma população que infelizmente está acima do ideal (M07).

É interessante intercalar as consultas desde que o profissional se sinta seguro para realizar a puericultura. Não adianta você colocar um profissional que não se sinta preparado para atender. Pois uma coisa é você fazer puericultura e acompanhar crescimento e desenvolvimento, outra coisa é você identificar um problema na criança, pode passar muita coisa despercebida (E12).

Identificou-se que os enfermeiros estão perdendo espaço nas consultas de puericultura por conta da demanda burocrática da unidade, que também é de sua responsabilidade. O distanciamento do enfermeiro da assistência é um aspecto negativo, pois os profissionais que contam com um serviço multiprofissional de ESF referiram acreditar que o enfermeiro tem uma visão global diferenciada do paciente, que se distancia do modelo biomédico, focado na doença. Destacou-se a função do enfermeiro como promotor da saúde, realizando orientações e ampliando o vínculo com o usuário^(11,13).

Eu me culpo muito quando vejo um novo bebê precioso "meu Deus, mais um, não vou conseguir acompanhar." Hoje em dia não consigo mesmo. O suporte que dou é burocrático, garanto as consultas, dou meu telefone para se precisarem fazer contato. É muita coisa para a gente dar conta. Eu brinco que cada programa acha que o seu é mais importante que o do outro, tudo é prioritário. [...] então, qual é a nossa prioridade realmente? (E12).

O médico sempre me chama para reforçar orientações. A gente [enfermeiro] trabalha muito com orientação. Apesar de que esse médico que trabalha comigo faz bastante orientações, mas eu já trabalhei com colegas médicos que eram muito focados na doença. Mas como as mães tem um vínculo com a gente, elas questionam, às vezes até no corredor (E11).

A falta de Equipes de ESF, que na realidade estudada a cobertura era de 54,38%, vem resultando em consultas de puericultura muitas vezes exclusivas do pediatra nas UBS de rede, sem ESF. As opiniões sobre a necessidade de encaminhar o bebê pré-termo e/ou de baixo peso ao especialista foram controversas. Havia profissionais que encaminham todos estes pacientes para o pediatra, e havia os que encaminham apenas nas reais necessidades. Alguns acreditavam que o pediatra conferia maior segurança para o atendimento destes bebês, além de transferir confiança aos pais. Talvez essa relação usuário versus profissional de saúde da AB seria fortalecida com a ampliação das equipes de ESF.

O modelo de assistência observado contraria a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual recomenda que os encaminhamentos para as especialidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) sejam regulados pelas equipes da AB a partir das demandas identificadas, e não rotineiramente. Mesmo para os casos em que a criança for referenciada para o pediatra sugere-se que seja mantido o acompanhamento com a ESF^(8,15).

A falta de um contato mais próximo entre a família e a equipe faz com que a família apresente insegurança para realizar o acompanhamento do seu filho pré-termo na AB. Estudo que avaliou a implantação da ESF em uma comunidade identificou maior vínculo dos usuários com os profissionais e resolutividade das demandas⁽¹²⁾.

Percebo que os pais preferem que seus filhos sejam atendidos por pediatra, tanto que muitos vêm de outros bairros para consultar aqui. Eles têm mais segurança nesse profissional. Eu acho que toda unidade deveria ter no mínimo um clínico e um pediatra, pois tem diferenciação no atendimento. [...] E o pediatra tem um olhar mais específico (T04).

A gente costuma dar preferência pelo médico e enfermeiro da família, intercalando consultas conforme orienta o caderno do Ministério da Saúde. Encaminha para o pediatra somente aqueles que têm alguma anormalidade e precisa desse atendimento com o especialista (E06).

Os dados mostraram que a categoria profissional responsável pela realização da puericultura repercute na adesão ou não do segmento na UBS pela comunidade. Emergiu a dificuldade em alguns casos de manter o acompanhamento no ambulatório de prematuridade da maternidade em conjunto com o da UBS. Nestes casos, destacou-se a preocupação das UBS pela realização da busca ativa e acompanhamento da família através das VD.

A distância entre a residência e o serviço de saúde, o fato de ter outros filhos, a falta de tempo disponível e limitações financeiras da família mostraram-se como aspectos dificultadores para que os pais levem a criança para ser acompanhada nos dois níveis de atenção.

Na verdade, esses bebês acabam sendo acompanhados muitos na maternidade. A gente acaba fazendo a visita domiciliar para saber se eles estão fazendo o acompanhamento lá. Percebo resistência da família em manter o ambulatório e o posto, também porque assim, às vezes a mãe trabalha, ela já tem dificuldades, então ela acaba indo num lugar só, já que ela tem um atendimento lá então ela não vem aqui (M05).

Foi unânime o reconhecimento dos profissionais entrevistados sobre a importância da VD no seguimento da criança. Segundo eles, na VD é possível observar melhor as condições da família, identificar potenciais cuidadores, o tipo de suporte que a família vai precisar da UBS, questões de higiene, sinais de maus tratos, entre outros. Foi destacada a influência que esta atividade exerce em favorecer o vínculo com a comunidade e chamar a população para a UBS. Através da criação do vínculo é possível estabelecer uma relação de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade.

A deficitária disponibilidade de carro e a sobrecarga de trabalho na UBS foram apontadas como importantes fatores de impedimento para a realização da VD, sendo necessários investimentos neste aspecto.

Estudos sobre a atenção à criança na saúde da família destacaram que a VD apesar de ser uma tecnologia de cuidado antiga, traz resultados inovadores e se mostrou como importante instrumento para a prestação da assistência à saúde da família, pois permite maior aproximação ao ambiente da família, do local onde ela vive, de sua rotina diária, sua cultura, seus hábitos e seus cuidados de saúde⁽¹²⁻¹³⁾.

Eu acho a visita muito importante, pois enquanto o enfermeiro está examinando o bebê, orientando a mãe, já está observando toda situação da casa, se tem algum risco, vulnerabilidade, como que é a higiene, como é o cuidado daquela família com as outras crianças, como que é o relacionamento dos pais com os filhos (E06).

A visita domiciliar tem a importância também para o vínculo. Porque as famílias ficam felizes da vida quando a gente vai lá, aí tu consegues que ela acompanhe na puericultura (E08).

Destacou-se neste processo de trabalho a preocupação da equipe para a realização do acolhimento da família, visando manter o vínculo e garantir o acompanhamento da criança, como o agendamento facilitado das consultas. Outra preocupação estava relacionada com os fluxogramas para a garantia de atendimento com especialidades e continuidade do cuidado.

O enigmático bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família na Atenção Básica

Nesta categoria, identificamos que o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso aparenta ainda ser um mistério para as equipes de saúde da AB. O cuidado a esta criança gerou preocupação, sendo permeado de dúvidas e inseguranças. As opiniões divergiam ao saber se aquele bebê necessitava de cuidados especiais ou não, e se poderiam ser comparados com um bebê dito “normal” ou nascido a termo.

As crianças egressas de UN apresentam necessidades especiais, independente do motivo da internação, pois são submetidas a intervenções terapêuticas especializadas^(5,13).

Às vezes chega um bebê pré-termo e vem a insegurança: e aí? O que a gente faz? A gente trabalha com os cuidados de bebê normal, e eu acredito que deveria ser especial (E01).

O que a gente sempre orienta as mães é que a partir do momento em que o bebê teve alta é como se ele fosse um bebê termo. O cuidado vai ser de um bebê normal, não necessariamente vai precisar de um cuidado especial, depende de cada caso. [...] uma das coisas que a gente vê muitas vezes nos pais de bebê pré-termo é eles acharem que o bebê é de vidro, que não pode fazer nada (M03).

O tipo de cuidado depende de cada caso. Tem bebês pré-termos que são mais ágeis e espertos que um bebê nascido a termo, e tem bebês a termo que precisam de mais cuidado que um bebê pré-termo. A prematuridade em si não implica em necessidade de cuidados especiais, só porque ele nasceu pequenininho. Vai depender de como ele se desenvolve (T06).

Apesar de toda ansiedade que o cuidado ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso desencadeia na equipe de saúde, a maioria dos profissionais apresentou uma boa compreensão sobre como deveria ser realizado o seu seguimento, sendo que 45,2% referiram ter recebido algum tipo de capacitação em serviço referente a puericultura.

O bom desempenho dos profissionais deve-se talvez ao fato de que 71% possuíam especialização, o que demonstra o interesse por manterem-se atualizados. Foi verbalizado o desejo por se aperfeiçoarem, sendo que neste aspecto o MS recomenda que a educação permanente seja uma atividade que possibilite a atualização profissional, a partir da identificação de nós críticos⁽¹⁵⁾.

Eu gostaria que a gente tivesse um curso sobre como atender o bebê pré-termo, suas particularidades. Queria ser atualizada nestes aspectos, pois muita coisa muda (T02).

Chamou a atenção das pesquisadoras o fato da maioria dos profissionais estarem cientes da necessidade de utilizar a Idade Gestacional Corrigida (IGC) do bebê para avaliar seu crescimento e desenvolvimento, bem como o uso de gráfico específico para pré-termo. Sabe-se que até atingir 40 semanas de IGC, recomenda-se utilizar as curvas de crescimento intrauterino para os bebês pré-termo, e somente após isso utilizadas as curvas de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁰⁾. Uma avaliação adequada confere segurança no atendimento à criança, uma vez que detecta precocemente potenciais riscos para o seu desenvolvimento. Neste aspecto, evitam-se possíveis re-internações e morbidades, reduzindo a mortalidade infantil, conforme propõem os ODM⁽¹⁾.

A gente verifica o peso, observa o desenvolvimento do bebê e utiliza o gráfico para pré-termo, pois temos que dar um desconto pela idade gestacional que o bebê nasceu, se não ele vai estar sempre abaixo do esperado (T02).

A gente tem que cuidar [...] quanto ao cálculo do peso e o uso do gráfico específico. Eu tenho um gráfico para pré-termo, plastifiquei e ando com ele de baixo do braço (M08).

Dentre as ações que os profissionais referiram atuar no seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso constam: avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor bem como possíveis sequelas relacionadas à prematuridade; a avaliação das medidas antropométricas com uso de gráficos adequados; suplementação de vitaminas devido a prematuridade, com a prescrição de reposição de vitaminas A e D e profilaxia com o uso do sulfato ferroso. Destacou-se a preocupação destes profissionais, sobretudo com o ganho adequado de peso, considerando que estas crianças já nascem com baixo peso e recebem alta hospitalar ainda pequenas, o que gera ansiedade aos cuidadores.

A literatura reforça que toda criança com história de baixo peso ao nascer deve ser considerada criança de risco

nutricional, devendo ser acompanhada de modo diferenciado pela equipe de saúde, principalmente no primeiro ano de vida^(8,11). Percebe-se que a puericultura ainda é realizada no modelo medicalocêntrico, biomédico, com orientações focadas à assistência curativa e ainda frágil no que tange a promoção da saúde⁽¹³⁾.

As principais orientações fornecidas aos familiares estavam focadas nos cuidados de higiene, limpeza do coto umbilical, vacinas, medicações, uso de dieta especial como leites de alto custo, uso e fornecimento de materiais especiais como sondas, bolsa de colostomia, bomba de infusão, entre outros.

Notou-se a prática do cuidado individualizado, sendo que os profissionais forneciam orientações considerando as necessidades especiais de cada bebê, seu nível de gravidade, tempo de permanência na UN e grau de desenvolvimento. O cuidado holístico, integrado e humanizado ao RN e à sua família deve ser constante pela equipe cuidadora, sendo que o bom relacionamento favorece essa prática⁽¹⁴⁾.

Os cuidados que realizo e oriento são individualizados, de acordo com a necessidade de cada bebê. Eu costumo instrumentalizar a mãe para que ela estimule ao máximo o desenvolvimento da criança. Se parar para pensar, não há muita diferença do que eu oriento ao bebê a termo, mas claro que para um bebê pré-termo a gente fica sempre mais atento (E13).

O bebê pré-termo e/ou de baixo peso ainda é um mistério para os profissionais da AB, mas apesar do sentimento de insegurança os profissionais na maioria das vezes se mostraram capacitados para realizar seu atendimento corretamente.

As interfaces da terceira etapa do Método Canguru com a AB

Ao emergir a temática do MC durante a realização das entrevistas, identificou-se pouco conhecimento por parte dos profissionais de saúde da AB sobre a magnitude desta Política Pública. Três profissionais relataram total desconhecimento sobre o método, sendo que os demais apresentaram compreensão muito superficial, limitada ao contato pele a pele e manutenção de vínculo, sem reconhecer a proposta de mudança de paradigmas para o atendimento ao neonato que o método engloba.

Apenas um profissional referiu ter atendido bebê que estava em terceira etapa do MC, porém, acredita-se que esse número deve ser maior. Não havia a identificação no prontuário do paciente ou no registro do Bebê Precioso sobre a participação da criança na terceira etapa do MC, sen-

do desvalorizada essa informação no seguimento na AB e o cuidado fragmentado entre o hospital e a UBS.

A terceira etapa do MC é quando o bebê, atendendo critérios como peso mínimo de 1600g, estar clinicamente estável, com adequado ganho de peso e seus cuidadores seguros para realizar os cuidados no domicílio, recebe a alta hospitalar e passa a ser acompanhado ambulatorialmente. Segundo o MS, nesta fase são recomendadas três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana, até que o bebê atinja o peso de 2.500g⁽²⁾. Embora o MS proponha a participação dos profissionais da AB na terceira etapa do MC^(2,9) através de consultas e VD, esta ainda não é a realidade na maioria dos municípios brasileiros.

Lembro que logo após a alta da maternidade perguntei se ainda estava fazendo o Método Canguru e ela disse que na medida do possível com as atividades de casa dela sim. Sobre o Método Canguru eu sei pouca coisa, do tempo de faculdade. Não sei na teoria mais especificamente o que é, só sei sobre o vínculo, ficar no quentinho da mãe (E13).

Eu tive no introdutório uma capacitação sobre o que é o Método Canguru que é tipo uma aproximação da mãe com o bebê né?! Até passaram vários vídeos que deram uma noção para gente do que é. Sobre a amamentação e a troca entre mãe e bebê (T07).

A dificuldade dos profissionais da AB em dar continuidade aos cuidados Canguru e atuar na terceira etapa do método parece estar relacionada ao limitado conhecimento dos mesmos para que se sintam seguros e aptos para tal. A frágil comunicação entre o hospital e a UBS impossibilita a continuidade do MC na atenção primária. Sendo assim, necessita-se de capacitação profissional e pactuações entre os diversos níveis de atenção à saúde para a efetivação da terceira etapa do MC também na AB.

Cabe destacar que esta questão também é apontada como um eixo estratégico na Política de Atenção Integral a Saúde da Criança, publicada recentemente pelo Ministério da Saúde, que aponta a necessidade de alta qualificada do RN da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à AB, de forma precoce para garantir uma rede articulada de atenção para continuidade do cuidado⁽¹⁶⁾.

O sucesso do MC no domicílio depende do suporte fornecido pela equipe de saúde, principalmente quando se considera a complexa transição que ocorre no momento da alta hospitalar⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Sabe-se que as orientações da equipe multiprofissional são determinantes para a segurança familiar no cuidado.

A gente sabe que é um método que favorece o desenvolvimento do bebê, o vínculo, afetividade, ajuda na questão do desenvolvimento da criança. Mas a gente aqui no posto não consegue ter esse cuidado, mas a gente sabe que é importante, a gente sabe o básico né [...] (E03).

Uma meta análise realizada contemplando o período de 1970 a 2009, incluiu 15 estudos randomizados com 524 RN pré-termo menores de 2000g evidenciou que o MC é altamente eficaz na redução da morbidade grave, principalmente por causas infecciosas e reduz significativamente a mortalidade neonatal nessa faixa⁽¹⁹⁾. A revisão sistemática que envolveu 2751 neonatos com peso menor que 2300g e incluiu 18 ensaios clínicos também comprovou que o método reduziu as taxas de mortalidade⁽²⁰⁾.

Esta redução está associada primordialmente, à estabilidade dos parâmetros fisiológicos do RN facilitadas com a aplicação do método, ao maior ganho ponderal, ao menor tempo de internação e à amamentação exclusiva. A partir destas evidências científicas destaca-se a importância do MC nas ações programadas para os ODM⁽¹⁾.

Cuidar de um bebê egresso da UN no domicílio requer familiares seguros. Tal segurança é adquirida com o apoio da equipe multiprofissional para sanar as dúvidas e amenizar a ansiedade dos pais. Na UBS, dentre as diversas temáticas a orientar, destacaram-se os esforços destes profissionais em manter o aleitamento materno, sendo que 42 % foram capacitados quanto a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Estes profissionais consideram as dificuldades que a mãe passou para manter a produção láctea durante a hospitalização do bebê, sendo assim, não medem esforços para que a amamentação se mantenha adequadamente também no domicílio. Referiram enfatizar os benefícios do aleitamento materno para mãe e criança, bem como a pega correta, identificar dificuldades como problemas nas mamas, dor ou fissuras, orientar sobre a oferta de leite no copinho e a não oferecer mamadeira ou outros bicos artificiais. Destacaram a importância do serviço de apoio do Banco de Leite Humano da maternidade e que a participação das mães no MC favorece a amamentação, como corroboram os dados da literatura⁽¹⁹⁾.

Geralmente quando é pré-termo, baixo peso, ou com alguma dificuldade no aleitamento eu marco esse retorno o mais precoce possível, nem que seja um encaixe, justamente para não chegar aqui um mês e falar “estou dando mamadeira” (M02).

Os bebês que chegam aqui da MDV que foram pré-termo ou baixo peso, como eles passam lá pela amamentação

e cuidado canguru, todos os bebês que eu peguei aqui já estão com um bom ganho de peso e as mães bem seguras quanto a amamentação (M03).

Apesar de o município estudado apresentar uma maternidade pública referência para o MC, ainda não existe uma interface com a AB para realização da terceira etapa do MC. O Programa Bebê Preciso, embora todos os resultados positivos em relação ao seguimento do bebê de risco, necessita fortalecer estratégias para que se concretize o MC na AB.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que a *Organização do seguimento na Atenção Básica* na realidade estudada é constituída por um adequado relacionamento entre a equipe de saúde, o que favorece o atendimento multiprofissional. As consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros foram apontadas como uma feliz estratégia adotada pelo MS. No entanto, destacou-se a necessidade de capacitação e treinamento profissional para a realização desta atividade. A VD se mostrou como estratégia fortalecedora da puericultura na AB, porém muitas vezes dificultada devido a falta de transporte ou disponibilidade dos profissionais. Sendo assim, são necessários investimentos e estudos para identificar estratégias sobre como potencializar essa atuação, bem como sensibilização de profissionais e gestores para o incentivo de sua prática.

A categoria *O enigmático bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família na Atenção Básica*, desvelou que o bebê pré-termo ainda é um mistério para os profissionais da AB, e que os mesmos se sentem muitas vezes desamparados e despreparados para atender esta clientela. Apesar destes sentimentos, os profissionais, na sua maioria, se mostraram capacitados sobre o atendimento ao bebê pré-termo, porém, esse cuidado ainda é centrado no modelo biomédico, devendo ser incentivadas ações de promoção à saúde pautados no princípio da integralidade.

Quanto *As interfaces da terceira etapa do Método Canguru com a Atenção Básica*, no cuidado ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso, esta relação apresentou-se ainda tímida, bem como o conhecimento dos profissionais limitados sobre a temática. São necessárias ações de divulgação e capacitação dos profissionais sobre o método e pactuações entre os diversos níveis de atenção à saúde para a efetivação da terceira etapa do MC também na AB, contribuindo assim para redução da mortalidade infantil atendendo aos ODM.

O estudo apontou a necessidade de investimentos na AB, de modo a garantir ampla cobertura da ESF, já que

este modelo de atuação garante a territorialização da comunidade, favorecendo o vínculo dos usuários com os profissionais e ampliando a resolutividade. Capacitar os profissionais da AB promove o fortalecimento da relação entre a equipe e a comunidade, além de conferir maior segurança para o acompanhamento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso. O Programa Bebê Precioso se evidencia como uma ação importante, através de protocolos de atendimento e capacitação dos profissionais, servindo de modelo para a atenção do bebê de risco.

As limitações deste estudo estão no enfoque dos participantes, que se deu apontando exclusivamente as percepções dos profissionais de saúde sobre o atendimento ao pré-termo e/ou de baixo peso na AB. Sendo assim, recomenda-se a realização de estudos semelhantes que investiguem as percepções dos familiares e profissionais das UN sobre esse processo. Sugerem-se ainda novas abordagens após serem realizadas as capacitações da AB para a atuação no MC, para a comparação das realidades encontradas.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH). Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva; 2012.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. 2. ed. Brasília (DF); 2013.
3. Custodio N, Abreu FCPD, Marski BDSL, Mello DFD, Wernet M. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. *Reme Rev Min Enferm.* 2013 out./dez. 17;(4):984-91. doi: 10.5935/1415-2762.20130071
4. Aires LCP. Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do Método Canguru [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde; 2015.
5. Prefeitura Municipal de Joinville (SC), organizador. Programa Bebê Precioso. Joinville (SC): Prefeitura Municipal de Joinville; 2011.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
7. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 jun. 13;150(112 Seção 1):59-62.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Atenção à Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF); 2012.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF); 2011.
10. Silveira RC, organizador. Manual seguimento ambulatorial do prematuro em risco. 1. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2012.
11. Lima Vieira VC, Fernandes CA, de Oliveira Demitto M, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* 2012 jan./mar.; 17(1):119-25. doi: 10.5380/ce.v17i1.26384
12. Gaiva MAM, Dias NS, Siqueiras VC. A. Atenção ao neonato na Estratégia Saúde da Família: avanços e desafios para a atenção integral. *Cogitare Enferm.* 2012 out./dez.; 17(4):730-7. doi: 10.5380/ce.v17i4.30382
13. Costa L, Silva EF, Lorenzini E, Strapasson MR, Pruss ACDSF, Bonilha ALL. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família. *Ciênc Cuid Saúde.* 2012 out./dez.;11(4):792-8. doi: 10.4025/ciencscuidsaude.v11i4.19414
14. Tronco CS, Padoin SMDM, Neves ET, Landerdahl MC. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. *Rev Enferm UERJ [Internet].* 2010 [citado 2015 jan. 15];18(1):108-13. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522010000100019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
15. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, 2015 ago. 06;152(Seção 1):37-9.
17. Borck M, Santos EKA. Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. *Esc Anna Nery.* 2012 abr./jun. 16(2):263-9. doi: 10.1590/S1414-81452012000200008
18. Custódio ZADO, Crepaldi MA, Linhares MBM. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. *Estud Psicol (Campinas).* 2014 abr./jun.; 31(2):247-55. doi:10.1590/0103-166X2014000200010247-255.
19. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol.* 2010; 39 Suppl 1:i144-54. doi:10.1093/ije/dyq031
20. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Apr. 22;4. doi 10.1002/14651858.CD002771.pub3

■ Endereço do autor:

Luana Cláudia dos Passos Aires
Rua Urussanga, 800/401, bl. A
89202-400 Joinville – SC
E-mail: luana_aires08@hotmail.com

Recebido: 30.06.2015

Aprovado: 09.10.2015