



REFLEXÃO TEÓRICA

AVANÇOS NA ATENÇÃO AO PREMATURO E A CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA: REFLEXÃO SOBRE REDE DE CUIDADOS

ADVANCES IN CARING FOR THE PREMATURE BABY AND THE CONTINUITY OF CARE: REFLECTION ON THE CARE NETWORK

LOS AVANCES EN EL CUIDADO DEL BEBÉ PREMATURO Y LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA: REFLEXIÓN SOBRE LA RED DE CUIDADOS

Patricia Pinto Braga¹, Roseni Rosângela de Sena²

RESUMO

Os avanços tecnocientíficos na assistência neonatal contribuíram para redução nas taxas de mortalidade e aumento da sobrevivência de recém-nascidos com idade gestacional de nascimento cada vez menor. Essa sobrevivência implica em refletir como tem sido a continuidade dos cuidados pós-alta a este grupo infantil considerando sua vulnerabilidade a morbidades ao longo da vida. O objetivo deste artigo é refletir sobre a continuidade da atenção tendo como referência a discussão de redes de cuidados em saúde. Reconhecemos que o tema redes tem diferentes abordagens teóricas e organizacionais no campo da saúde, mas neste artigo buscamos subsídios na teoria de Deleuze e Guattari que tecem uma discussão que permite pensar a rede de cuidados em saúde a partir de fluxos, intencionalidades, desejos e conexões. Defende-se que a rede não teria uma centralidade, pois ela se forma a partir de movimentos e alianças entre os diferentes agentes que, em um campo de disputa e intencionalidades, evidenciam multiplicidades. A reflexão aqui tecida permite sinalizar que a constituição do cuidado se produz a partir das intencionalidades e adesão ao projeto de cuidados aliados às diferentes tecnologias que se fazem necessárias na atenção ao prematuro. **Descritores:** Prematuro; Cuidado da criança; Alta do paciente; Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT

The technical and scientific advances in neonatal care have contributed to reduce mortality rates and increase survival of newborns with smaller gestational age at birth. This survival led to reflect on how the continuity of care after discharge has been conducted to this childish group, considering its vulnerability to morbidities throughout life. The purpose of this paper is to reflect on the continuity of care, having as reference the discussion of health care networks. We have recognized that the issue of networks has different theoretical and organizational approaches in the health field, but, in this paper, we seek subsidies in the theory of Deleuze and Guattari, who elaborated an argue that allows us to think about the health care networks starting from flows, intentionalities, desires and connections. It is argued that the network would not have a core, since it is formed from movements and alliances among different agents, which shows multiplicities in a field of dispute and intentionalities. This reflection enables us to clarify that the composition of care is produced from the intentionalities and adherence to the project of care allied to the different technologies that are necessary in caring for the premature babies. **Descriptors:** Premature; Child care; Patient discharge; Continuity of patient care.

RESUMEN

Los avances tecnocientíficos en el cuidado neonatal han contribuido a la reducción de las tasas de mortalidad y el aumento de la sobrevivencia de los recién nacidos con edad gestacional de nacimiento cada vez menor. Esta sobrevivencia implica en reflexionar como ocurre la continuidad de los cuidados tras el alta a este grupo infantil teniendo en cuenta su vulnerabilidad a las morbilidades durante toda la vida. El propósito de este artículo es reflexionar sobre la continuidad de la atención en relación con la discusión de las redes de atención de salud. Reconocemos que el tema redes posee diferentes enfoques teóricos y organizacionales en el campo de la salud, pero en este artículo buscamos subsidios en la teoría de Deleuze y Guattari, que tejen una discusión que permite pensar en rede de atención en salud a partir de flujos, intencionalidades, deseos y conexiones. Se argumenta que la red no tendría una centralidad, ya que ella se forma a partir de movimientos y alianzas entre los diferentes agentes que, en un campo de disputa e intencionalidades, evidencian multiplicidades. La reflexión aquí tejida permite señalar que la constitución del cuidado se produce a partir de las intencionalidades y la adhesión al proyecto de atención aliados a las diferentes tecnologías que se hacen necesarias en la atención al prematuro. **Descritores:** Prematuro; Cuidado del niño; Alta del paciente; Continuidad de la atención al paciente.

¹Enfermeira. Doutora em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste. patriciabragaenf@ig.com.br. ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Emérita da Universidade Federal de Minas Gerais. rosenisena@uol.com.br.

INTRODUÇÃO

Há um reconhecimento inequívoco no campo da ciência e das práticas em saúde dos avanços tecnocientíficos, ao longo dos tempos, iminentes à assistência da criança nascida prematuramente.

A análise da história da neonatologia, um termo que surgiu efetivamente na segunda metade do século XX, revela que, no início do século XIX, a atenção ao neonato era realizada, após o nascimento, pelas mães e parteiras e as elevadas taxas de mortalidade entre recém-nascidos (RN) de baixo peso eram justificadas pela fraqueza da vida. Neste período, esperava-se que as crianças nascidas prematuramente morressem, assim como as crianças nascidas com malformações. A justificativa era que a seleção natural se encarregaria das crianças menos adaptadas à sobrevivência⁽¹⁾.

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

também contribuíram para a redução da mortalidade entre neonatos prematuros e de baixo peso no final do século XIX e início do século XX⁽²⁻³⁾.

A história da neonatologia revela que a prática da assistência ao recém-nascido, na área da saúde, surgiu no século XIX como um prolongamento da ação da prática obstétrica. Além disso, é relevante considerar que, nesse período, temos como determinantes do surgimento dos primeiros berçários o desenvolvimento tecnológico, ocorrido após uma Revolução Industrial e um movimento de proteção materno-infantil europeu para garantir natalidade e reduzir o risco de despovoamento e de perdas de mão de obra⁽³⁻⁴⁾.

No contexto nacional, estudos evidenciam que o início, formal, dos cuidados dispensados ao prematuro aconteceu por volta de 1903 no Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, que contava com 21 leitos de atendimento à criança e duas (2) incubadoras⁽⁵⁾. Contudo, as primeiras instalações de berçários, propriamente ditas, surgiram em 1945⁽⁴⁾.

Em meados do século XX, a assistência ao neonato prematuro e de baixo peso recebeu um intenso investimento econômico, principalmente na Europa e América do Norte. Nesse período, o desenvolvimento de pesquisas permitiu a associação da morbimortalidade dos recém-nascidos prematuros (RNPT) com doenças infecciosas digestivas e respiratórias o que desencadeou a criação de espaços de permanência, com adoção de equipamentos e normas de condutas especiais, ou seja, uma qualificação e expansão das unidades de cuidados aos neonatos de risco⁽³⁾. Paralelamente aos avanços e medicalização do nascimento, houve um aumento das intervenções sobre mãe, filho e, sobretudo, na relação deste com sua família⁽⁴⁾.

Frente ao exposto é relevante considerar que a medicina do século XIX regulou-se mais pela normalidade do que pela saúde, formando conceitos e realizando intervenções a partir de um referencial de funcionamento da estrutura orgânica. Neste período, a medicina, anátomo-clínica, encontrou seus princípios na biologia⁽⁶⁾. Ao longo do século XX, o horizonte normativo da saúde, isto é, sua referência ética e moral, passou a buscar, cada vez mais, uma racionalidade estritamente científica e as suas correspondentes estratégias reguladoras orientaram-se por uma gestão individual dos riscos para o desempenho funcional do corpo⁽⁷⁾.

Percebe-se que as repercussões históricas das práticas em saúde, baseada na funcionalidade e busca da normalidade dos corpos, são também imanentes ao cuidado neonatal. Há evidências destas determinações, na atualidade, configurando práticas centradas no processo diagnóstico e terapêutico e ênfase na recuperação biológica do recém-nascido e o distanciamento da família do recém-nascido, em defesa de um prematuro livre de infecções⁽⁸⁾.

O modelo de atenção, excessivamente centrado na doença, na técnica curativa e na intervenção medicamentosa, vem suscitando novas discussões epistemológicas e paradigmáticas no campo da saúde. O perigo do paradigma biomédico encontra-se no “modo como o discurso da doença monopoliza os repertórios disponíveis para o enunciado dos juízos acerca da saúde”^(7:48).

Recentes transformações das práticas em saúde rumo à cientificidade e sofisticação tecnológica apresentam efeitos positivos e negativos. Identifica-se como avanços importantes a aceleração e ampliação do poder de diagnose, o aumento da eficácia e segurança em intervenções, a melhora do prognóstico e da qualidade de vida da

população em uma série de agravos. Contudo, há uma crise de confiança nas práticas em saúde ocasionadas, em alguma medida, pela excessiva fragmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado e a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento⁽⁷⁾.

A assistência neonatal, orientada pelo paradigma biomédico, tem sido alvo de críticas e, com isso, surgem novas ideias e práticas na tentativa de reconfigurar o cuidado em uma perspectiva ampliada, inclusiva, dialógica e que considere, efetivamente, os atores envolvidos no cuidado prestado. Um dos aspectos centrais dessa reconfiguração tem sido a tentativa de rompimento com um modelo que se apodera da vida dos neonatos sem compartilhar com os pais decisões vitais inerentes ao tratamento da criança que depende de cuidados especializados⁽⁸⁾.

Os argumentos, com conotação crítica, sobre a evolução da assistência ao recém-nascido apresentados até aqui, não significam uma negação das contribuições tecnocientíficas nesta área ao longo dos anos, contudo trata-se de defender que o eixo condutor do cuidado deve constituir-se a partir das relações, eticamente e politicamente comprometidas com a vida, que passam a articular e acionar as distintas tecnologias disponíveis para o cuidado em uma direção ao projeto felicidade que caracteriza um ideal defendido na constituição de práticas humanizadas.

Há determinantes, historicamente constituídos na assistência neonatal, que contribuíram para a reprodução de um cuidado centrado na doença e sua terapêutica e que não buscou os projetos felicidade como horizonte normativo dessas práticas. Contudo, estudos têm revelado que já existem iniciativas e práticas inovadoras que têm sinalizado para uma reconfiguração da

assistência neonatal, dentre essas citamos: a implantação de estratégias que possibilitam a participação da família no cotidiano da atenção, pelo reconhecimento de que esta deve ser protagonista no cuidado neonatal e a ela deverá ser assegurada a possibilidade de constituição de vínculo e apego com o recém-nascido; práticas dialógicas de cuidado que possibilitam a ampliação de saberes, reconhecimento de práticas e a efetiva participação dos sujeitos envolvidos no cotidiano do cuidado; as iniciativas de cuidados centrados nas demandas e necessidades dos recém-nascidos e suas famílias, entendendo que além da recuperação biológica do recém-nascido existem demandas psicossociais que perpassam e determinam o cotidiano da vida^(8,12).

No Brasil, uma estratégia específica do Ministério da Saúde direcionada a mudanças na atenção ao prematuro e recém-nascido de baixo peso é o Método Canguru. Essa metodologia de cuidado possui como fundamentos o acolhimento ao recém-nascido e sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele, envolvimento da família nos cuidados do recém-nascido e a continuidade da atenção. O Método Canguru implica uma mudança de paradigma na atenção perinatal em que as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos⁽¹³⁾.

Os avanços tecnocientíficos dos últimos anos, certamente, contribuíram para o desenvolvimento da neonatologia, conforme já argumentado, com reflexos na redução das taxas de mortalidade e aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros com idade gestacional de nascimento (IGN) cada vez menor. Entretanto, é necessário reconhecer que essa sobrevivência requer indagações de como tem sido a vida destas crianças, com o passar

dos anos, de como as famílias vivenciam o cuidado pós-alta a elas e como tem se configurado o seguimento e continuidade do cuidado a estas crianças no contexto dos cuidados em saúde⁽¹⁴⁾.

Existem estratégias nacionais na tentativa de garantir o atendimento aos prematuros logo após o nascimento implicando em gastos elevados ao sistema de saúde considerando que eles permanecem um longo período internados, contudo as iniciativas para efetivar a continuidade da atenção ainda são incipientes e fragmentadas⁽¹¹⁾.

Dentre as políticas atuais direcionada à atenção materno-infantil, tem-se a Rede Cegonha que foi instituída a partir da portaria de nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde para qualificação da atenção obstétrica-infantil, que dentre suas ações, propõe assegurar às mulheres um planejamento reprodutivo e o direito à gravidez, parto e puerpério seguros e humanizados, assim como o direito às crianças ao nascimento seguro e humanizado, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Os objetivos da Rede Cegonha direcionados à saúde da criança são traduzidos em implementar um modelo de atenção integral, visando uma infância saudável e articular serviços de atenção de forma a garantir acesso, vinculação, acolhimento e melhoria da resolutividade. Identifica-se que é uma estratégia na tentativa de avançar na assistência materno-infantil no contexto nacional e que busca reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil. Especificamente sobre a criança de risco, existem diretrizes nessa política que orientam o acompanhamento dessas crianças por serviços de *follow-up* com atendimento e oferta de exames diante de suas demandas⁽¹⁵⁾.

Identifica-se, conforme descrito até aqui, que avanços políticos, tecnocientíficos e

assistenciais contribuíram para a evolução da atenção ao neonato, contudo é perceptível que os desafios iminentes a esse contexto exigem uma reflexão sobre a continuidade da atenção. Assim optamos neste artigo propor uma reflexão sobre essa temática tendo como referência a discussão de redes de cuidados em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A incidência da prematuridade, no mundo, representa 9,6% (12,9 milhões) do total de nascimentos⁽¹⁶⁾ e, no Brasil, ela corresponde a 6,7% dos nascidos vivos e esses nascimentos são acompanhados por vulnerabilidades a morbidades e representam a maioria das mortalidades no primeiro ano de vida⁽¹¹⁾.

Ao pensar em prematuridade, deve-se considerar que os recém-nascidos pré-termos (RNPT) apresentam características singulares que requerem uma adaptação complexa ao meio extra-uterino, no que se refere aos aspectos biológicos, sociais e psicológicos⁽¹⁷⁾. Nesta perspectiva, há necessidade de uma assistência resolutiva, que deve ser iniciada no pré-natal e ter continuidade após a alta hospitalar^(14,17).

Teoricamente, qualquer recém-nascido pré-termo pode cursar com problemas futuros, mas há evidências de maior vulnerabilidade a morbimortalidade para RNPT nascido com menos de 32 semanas e com peso inferior a 1.500 gramas, isto é, de muito baixo peso e isso reafirma a importância de continuidade do cuidado pós-alta a esta população^(11,14).

As morbidades resultantes das complicações advindas da prematuridade podem contribuir com reinternações frequentes e resultar em comprometimento do crescimento e desenvolvimento e maior taxa de mortalidade a longo prazo. Além de

demandas constantes por cuidados pós-alta e risco de reinternações, os prematuros de muito baixo e extremo baixo peso possuem chance de apresentar uma condição crônica decorrente das morbidades que apresentam⁽¹¹⁾.

Para alcançar os objetivos do acompanhamento ao prematuro e suas famílias estudos apontam a necessidade de oferta de serviços para o atendimento aos egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e afirmam que a equipe multiprofissional, composta por assistente social, enfermeiro, pediatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo e suporte de especialistas da área cardiologia, oftalmologia, neurologia e otorrinolaringologista, deverá estar apta a atender à criança de risco considerando suas especificidades de crescimento e desenvolvimento⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

É possível reconhecer que a continuidade do cuidado após a alta hospitalar é fundamental para a qualidade de vida da criança nascida prematura e sua família, entretanto estudos têm alertado, que o cuidado voltado para as especificidades clínicas do prematuro e uma cobertura interdisciplinar após a alta não é realidade em nosso meio⁽²⁰⁻²¹⁾. Além disso, efetivar a assistência exige um suporte dos serviços de saúde e apoio social, pessoas com as quais a família pode contar, que possui fragilidades no contexto da atenção à saúde da criança no Brasil⁽²²⁾.

A vulnerabilidade programática do sistema de saúde no que tange a assistência à criança nascida prematura e baixo peso após a alta hospitalar foi verificada em pesquisa realizada no Sul do Brasil. As autoras apontam que além da criança estar vulnerável pela prematuridade e baixo peso, sua família encontra-se vulnerável frente ao rearranjo

para o cuidado desta criança egressa de UTIN. Essa condição agrava-se com a vulnerabilidade programática, pela fragilidade de intervenções e vínculos dos serviços de atenção básica e especializados e pela falta de análise da situação de saúde das famílias⁽²²⁾.

Para efetivar a continuidade do cuidado à criança de risco e sua família, estudos sinalizam que na composição da atenção pós-alta ao prematuro, precisa existir a integração entre a Atenção Primária em Saúde e os programas de acompanhamento e a intersetorialidade de serviços. Além da oferta de serviços, há evidências de sucesso na continuidade do cuidado, quando há uma efetiva constituição de vínculos e responsabilização entre atores (profissionais e famílias) envolvidos na prática do cuidado⁽²³⁾.

Outros elementos constituintes do cuidado, apontados como necessários para efetivar o cuidado pós-alta, é a rede de apoio social (vínculos de amizade da família) e a rede social (composta por diferentes instituições como escolas, serviços de saúde, comunidade, igrejas). A rede social é identificada como um elemento que auxilia o fortalecimento da família frente às suas experiências de vida, atuando na redução da taxa de mortalidade, na prevenção de agravos e na recuperação da saúde. O suporte da rede de apoio é identificado como fundamental para as famílias no enfrentamento de crises como é o nascimento de uma criança prematura⁽²⁴⁾.

Estudos têm revelado que para o acompanhamento do prematuro é importante a elaboração de políticas públicas que garantam aos recém-nascidos prematuros a continuidade da atenção e essas políticas devem abranger, inclusive, a garantia do suporte social que a família necessita para cuidar adequadamente da criança^(23,25).

Há evidências de que além da

continuidade do cuidado ao egresso da UTIN nos serviços de saúde é fundamental uma atenção à família e, especificamente, às cuidadoras dos prematuros, para garantir um cuidado seguro e uma adaptação às questões da prematuridade. A transição do prematuro do hospital para o domicílio tem se revelado como um processo que envolve sentimentos de insegurança da família, considerando que esta irá assumir os cuidados com uma criança que passou por longo período de internação e vivenciou agravos⁽²⁵⁾.

Com toda a complexidade imanente à continuidade da atenção na prematuridade, identifica-se neste estudo que é oportuna a discussão deste tema a partir da temática de redes. Isso se torna relevante ao considerar que serviços ou profissionais isolados não conseguem acompanhar as mudanças ou responder às demandas e necessidades de saúde da criança nascida prematura e de sua família.

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

participação popular⁽²⁶⁾.

Identificamos as contribuições dessas diferentes abordagens para se pensar a temática de rede, contudo essa pesquisa optou por olhar e pensar a dinâmica da continuidade da atenção ao prematuro, a partir da ideia de rizoma, apresentada por Deleuze e Guatarri⁽²⁷⁾, que remete a uma concepção de rede na qual não “há maior e menor, anterior e posterior, início e fim. Tudo que há é o tramado, só há meio, entre-nós, ligações, conexões”^(26:109).

A ideia de rizoma faz uma alusão às multiplicidades, não remetendo a nenhuma “combinação de múltiplo e uno, mas pelo contrário, uma organização própria do múltiplo como tal, que de modo nenhum tem necessidade da unidade para formar um sistema”^(28:303). Nessa perspectiva o rizoma “não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo ser, mas o rizoma tem como tecido a conjunção “e...e...e”^(27:37).

Assim, o tema rede, aqui adotado, considera esta como fluxos, misturas, conexões, tendo sempre múltiplas entradas e saídas. Nessa perspectiva, a rede não teria centralidade e nem forma definida uma vez que ela se forma a partir de movimentos, fluxos, conexões e alianças entre os diversos agentes que em um campo de disputas e intencionalidades evidenciam multiplicidades⁽²⁹⁾.

O entendimento de rede a partir da ideia de rizoma considera a formação de fluxos-conectivos que sinalizam um mapa aberto, uma cartografia dos encontros entre sujeitos. Esse mapeamento é permeado por múltiplas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade⁽²⁹⁾.

É oportuno considerar que a constituição do cuidado na perspectiva de rede aqui adotada se produz a partir do desejo, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, associados à reorganização do processo de trabalho⁽³⁰⁾.

Cabe aqui um esclarecimento do entendimento neste artigo da dimensão desejo como algo essencial e imanentemente produtivo. O desejo gera e é gerado no processo de invenção e sua essência não é exclusivamente psíquica, como na psicanálise, pois participa de todo o real⁽³¹⁾. O desejo corresponde a uma vontade de potência, uma produção desejante⁽³²⁾.

Por influência de uma tradição na qual se inscrevem o marxismo e a psicanálise, temos uma imagem de necessidade como sinônimo de falta⁽³³⁾. Contudo, além deste formato, há na dimensão da necessidade a expressão de “um ser que em potência deseja ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele, deseja como uma vontade de potência de ser, como máquina desejante”^(32:88).

A partir destes pressupostos e considerando o contexto da atenção pós-alta ao prematuro refletimos que as produções desejantes podem favorecer a continuidade da atenção à medida que elas são explicitadas na implicação e protagonismos dos diferentes agentes que compõem o cenário assistencial. Nessa perspectiva poderíamos afirmar que a vontade de potência, o desejo, favorece a constituição de vínculo e a participação dos agentes envolvidos na atenção pós-alta ao prematuro e que a rede de cuidados vai se dando a partir destas alianças e produções desejantes.

Aliado a isso reconhecemos também que os diferentes (re/des) arranjos, que vão compondo a atenção ao prematuro, após a alta hospitalar, evidenciam as multiplicidades e os processos de subjetivação e, assim,

movimentos de territorialização e desterritorialização que configuram um cenário assistencial. Com essa premissa ponderamos que inerente à rede de cuidados ao prematuro e sua família estão as produções de subjetividades e os processos de subjetivações.

O processo de subjetivação é entendido como a produção de determinados territórios existenciais em uma formação histórica específica. Nessa perspectiva, a subjetivação refere-se às diferentes formas de produção da subjetividade em um determinado contexto social, ou seja, um modo intensivo e não um sujeito pessoal⁽³⁴⁾.

A premissa das multiplicidades, imanentes ao rizoma, trazem alguns elementos teóricos que subsidiam uma reflexão acerca da continuidade da atenção no contexto da rede de cuidados em saúde como o conceito de agenciamentos que é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda de natureza à medida que ela aumenta suas conexões⁽²⁷⁾. Os agenciamentos ou dispositivos podem ser considerados artifícios produtores de inovação e que geram acontecimentos e devires e intrínsecos aos agenciamentos está o desejo entendido “como uma força essencialmente produtiva e criativa que busca encontros e é imanente a forças animadoras do social, do histórico e do natural”^(31:58).

Consideramos neste artigo que a sociedade, na perspectiva do referencial teórico aqui adotado, é reticular, formada por uma grade aberta, uma malha de funcionamentos, interpenetrados, que são simultaneamente psíquicos, políticos, semióticos e naturais⁽³¹⁾.

Refletir sobre a rede de cuidados a partir do referencial de Deleuze e Guatarri⁽²⁷⁾ implica em reconhecer que os diferentes fluxos e serviços vão compondo um território assistencial com diferentes arranjos na

construção da atenção pós-alta ao prematuro. Assim mais que um processo de encaminhamento hierárquico, entre serviços de diferentes níveis de atenção, a organização da atenção vai se configurando a partir de diversos fluxos conectivos, produções desejantes e na ausência de uma centralidade. É como se não houvesse maior e menor, anterior e posterior, início e fim: a trama em rede vai se dando entre-nós, com ligações e fluxos conectivos⁽²⁶⁾.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre a continuidade da atenção ao prematuro na perspectiva da rede rizomática é um desafio, pois contrapõe a ideia de que as redes devem ser estruturadas e hierarquizadas para que exista a resolutividade na atenção.

Quando pensamos a constituição de redes a partir do referencial aqui adotado passamos a reconhecer que as intencionalidades e desejos são as potências dessa rede que vai se dando a partir de alianças e fluxos. Reconhecer essa premissa implica em valorizar a participação dos agentes envolvidos na atenção e acreditar que a constituição de vínculo entre eles deve ser a essência da continuidade do cuidado.

A reflexão aqui tecida sinaliza que na presença de oferta e acesso a serviços, aliados à constituição de vínculo e uma efetiva participação dos agentes desejantes, há possibilidade de uma efetiva continuidade da

atenção.

A continuidade da atenção na perspectiva de rede aqui adotada sinaliza para um processo dinâmico e inacabado, um mapa aberto, em permanente construção.

REFERÊNCIAS

- 1- Avery GB. Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 6ª ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- 2- Alistair GS. The evolution of neonatology. *Pediatr Res.* 2005; 58(4):335-48.
- 3- Philip AGS. The evolution of neonatology. *Pediatr Res.* 2005; 58(4): 222-31.
- 4- Scochi CGS, Costa IAR, Arruda NM. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. *Acta Paul Enf.* 1996; 9 Supl: 91-101.
- 5- Barbosa AC, Oliveira ICSSO. Advento das incubadoras no exterior e no Brasil: um ensaio histórico. *Pediatr Atual.* 2002. 15(6):221-36.
- 6- Foucault M. O nascimento da clínica. 6ª ed Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.
- 7- Ayres JRMC. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva.* 2007;17(1):43-52.
- 8- Braga PP, Sena RR. Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. *Rev Rene,* 2010;11(n. esp): 142-49.
- 9- Duarte ED, Sena RR, Xavier CC. A vivência de pais e profissionais na unidade de terapia intensiva neonatal. *Cienc Enferm.* 2011;17(2): 77-86.
- 10- Bengozi TM, Souza SNDH, Rossetto EG, Radignoda B, Hayakwa LM, Ramalho DO. Uma rede de apoio à família do prematuro. *Cienc Cuid Saúde.* 2010 jan 9(1):155-160.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, cuidados com o recém-nascido pré-termo: v.4. Brasília, DF, 2011.
- 12- Dittz ES, Sena RR, Motta JAC, Duarte, ED. Cuidado materno ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: possibilidades e desafios. *Cienc Enferm.* 2011;17(1):45-55.
- 13- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. 2.ed. Brasília, DF, 2011.
- 14- Tronchin DMR, Tsunehiro MA. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. *Rev Gaúcha de Enferm.* 2007; 28(1):79-88.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.
- 16- Beck S et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Organ.* 2010; 88 Supl: 31-38.
- 17- Mello DF, Rocha SMM, Scochi CGS, Lima RAG. Brazilian mothers experiences of home care for their low birth weight infants. *Neonatal Netw.* 2002; 21(1):30-34.
- 18- Jackson BJ, Needelman H. Building a system of child find through a 3-tiered model of follow-up. *Infants & Young Children,* 2007. 20(3):255-265.
- 19- Carbonero SC, Alonso CRP. Seguimento del prematuro/gran prematuro em Atención Primaria. *Rev. Pediatría de Atención Primaria.* 2009; 17 Supl:443-50.
- 20- Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro em nosso meio: realidades e desafios. *J Pediatr.* 2005; 81(1) Supl:111-118.
- 21- Morais AC, Quirino MD, Camargo CL. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. *Rev Eletr Enf.* 2012. 14(3):654-662.
- 22- Vieira CS, Mello DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. *Text &*

Contexto Enferm. 2009; 18(1):74-82.

23- Braga PP, Sena RR. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. Acta Paul Enf. 2012; 25(6):975-80.

24- Vieira CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede de apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. Rev Eletr Enf. 2010; 12(1): 11-9.

25- Siqueira MBC, Dias MAB. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. Epidemiol Serv Saúde, Brasília. 2011; 20(1): 27-36.

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

27-Deleuze G, Guatarri F. Mil platôs: capitalismo e equizofrenia: v.1. São Paulo: Editora 34, 2007.

28- Deleuze G. Diferença e repetição. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

29- Franco TB. As Redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro, Mattos (Org.). Gestão em redes. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

30- Franco TB, Magalhães JRHM. Integralidade na assistência à saúde; a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WSB (orgs). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006:125-34.

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

32-Deleuze G, Guatarri F. Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: 34ªed 2010. 560 p.

33- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2006:71-112.

34- Deleuze G. Pourparlers. Paris: Les Éditions de Minuit, 1990.

Recebido em: 11/11/2013

Versão final em: 15/12/2013

Aprovação em: 25/12/2013

Endereço de correspondência

Patricia Pinto Braga

Rua Sebastião Gonçalves Coelho 400, Chanadour, CEP: 35501296, Divinópolis-MG

E-mail: patriciabragaenf@ig.com.br