



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Barbosa Baker Méio, Maria Dalva; Magluta, Cynthia; Reis de Mello, Rosane; Lopes Moreira, Maria Elizabeth

Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, núm. 2, abril - junho, 2005, pp. 299-307
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010204>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro

Situational analysis of outpatient care for newborns discharged from neonatal intensive care units in the State of Rio de Janeiro

Maria Dalva Barbosa Baker Méio ¹

Cynthia Magluta ¹

Rosane Reis de Mello ¹

Maria Elizabeth Lopes Moreira ¹

Abstract *The decrease in neonatal mortality contributes for the increase of children needing more attention to clinical morbidities and to neuro-psycho-motor development outcome. The objective of this study was to discuss the situation of care of children discharged from the Neonatal Intensive Care Units (NICU) in five units from different regions of the state of Rio de Janeiro. In none of them were found informations regarding the description of those discharged from the NICU. This study revealed restricted access and scarce organization of the health network for the care of these babies. The care provided is not uniform, with a concentration of specific outpatient clinics for this population in the city of Rio de Janeiro. It was verified professional deficiency in rehabilitation areas, such as motor physiotherapy, occupational therapy, speech therapy and psychology, and a lack of specialists to provide adequate ophthalmological care, as well as specialistic care for children with hearing loss. The authors discuss possible explanations for this situation and propose the organization of a system of care in grades of complexity to improve the access of these risk children to this kind of specific care, important for early detection of development abnormalities.*

Key words *Infant development, Organization and administration, Health planning*

Resumo *A diminuição da mortalidade neonatal contribui para o aumento de crianças que necessitam de maior atenção em relação a morbidades clínicas e à evolução do desenvolvimento neuropsicomotor. O objetivo deste estudo foi discutir a situação da assistência às crianças egressas das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) em cinco unidades em diferentes regiões do Estado do Rio de Janeiro; em nenhuma havia informações sobre o perfil dos egressos da UTIN. Evidenciou-se restrição ao acesso e baixa estruturação da rede em relação à assistência prestada a esses bebês. Não há uniformidade no atendimento prestado, e ambulatórios específicos para essa população concentram-se na cidade do Rio de Janeiro. Constatou-se deficiência de profissionais nas áreas de reabilitação – fisioterapia motora, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia –, e de especialistas para atendimento oftalmológico adequado e para a criança portadora de deficiência auditiva. Os autores discutem possíveis explicações para essa situação, propondo a organização de um sistema de atendimento em graus de complexidade para poder viabilizar o acesso das crianças de risco a um atendimento diferenciado, importante para detecção precoce de anormalidades do desenvolvimento.*

Palavras-chave *Desenvolvimento infantil, Organização e Administração, Planejamento em saúde*

¹ Departamento de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Av. Rui Barbosa 716, 22250-020, Rio de Janeiro RJ, mdmeio@centroin.com.br

Este estudo foi realizado graças ao convênio firmado entre o PAISMCA-SES/RJ e o Instituto Fernandes Figueira / Fiocruz para o projeto de consultoria e treinamento de profissionais.

Introdução

Os grandes avanços que ocorreram na terapia intensiva neonatal nos últimos anos contribuíram para a diminuição da mortalidade neonatal, principalmente no grupo de recém-nascidos de muito baixo peso (peso de nascimento inferior a 1.500g), colocando em questão a morbidade neste grupo de crianças. Vários estudos de acompanhamento a médio e longo prazo relatam anormalidades do desenvolvimento neuromotor e sensitivo, de acordo com Hack *et al.* (1996), Bennet & Scott (1997) e Saignal (2000).

Davidson *et al.* (2003) discutem a ocorrência e prevenção de alterações do desenvolvimento neuromotor e sensitivo que provocam incapacidade funcional nos países em desenvolvimento. A falta de informações sobre a prevalência dessas alterações nesses países dificulta o planejamento de ações efetivas com o objetivo de evitar ou minimizar os problemas. A influência de fatores sociais no desenvolvimento da criança, como fator agravante ou causal foi descrita por diversos autores, como Sameroff (1986) e Bradley *et al.* (1994).

Este conhecimento, associado a pouca informação sobre a evolução desses recém-nascidos no nosso país e à situação social de grande parte de nossa população, reforça a importância de organizar ambulatórios para acompanhamento da população egressa das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN), já existentes em cidades brasileiras. Um fator determinante para o prognóstico e o perfil dessa população é a qualidade do cuidado na UTIN. A avaliação da assistência perinatal deve considerar variáveis de desfecho aquelas relacionadas ao desenvolvimento neuromotor e sensitivo ao longo da vida.

A maior demanda de acompanhamento ambulatorial pediátrico especializado e do desenvolvimento neuromotor e sensitivo dos egressos das UTINs foi priorizada pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA-SES/RJ), elegendo o IFF/Fiocruz como consultor e visando dotar o Sistema Estadual de Gestação de Alto Risco com recursos adequados para o cuidado desta população. Há necessidade de instrumentos que permitam responder aos seguintes questionamentos: Qual seria o perfil atual de egressos de UTINs? Como essas crianças estariam distribuídas nas regiões estaduais e como o Estado se articula para prestação de

um tipo de atendimento sofisticado e multi-profissional, não disponível na maioria das unidades? O objetivo do presente estudo é discutir a situação da assistência às crianças que recebem alta das UTINs e a possibilidade de implantação de ambulatórios de seguimento nas unidades do estado do Rio de Janeiro.

Material e métodos

As unidades neonatais que compõem o Sistema Estadual de Gestação de Alto Risco foram alvo do nosso estudo. A estratégia de implantação de ambulatórios de seguimento foi definida geograficamente pela PAISMCA/SES-RJ, considerando 20 unidades prioritárias para o projeto de implementação e capacitação em neonatologia do Sistema Estadual de Gestação de Alto Risco e que, portanto, comportariam este projeto. As 20 unidades foram estudadas pela equipe de avaliação da prática de cuidados neonatais, constituída por neonatologistas e enfermeiras do Departamento de Neonatologia do Instituto Fernandes Figueira. Foi utilizado um instrumento elaborado por consenso entre especialistas do Departamento e previamente avaliado e testado, descrito em relatório para o PAISMCA/SES-RJ.

Foram considerados critérios de viabilidade para implantação de um ambulatório de seguimento: a existência de UTIN na unidade, a inserção adequada da unidade na rede local do SUS e consenso nos diversos níveis de gestão da unidade em relação à prioridade de implantação do ambulatório, a existência de uma estrutura hospitalar que permitisse o uso de instalações para o ambulatório, o interesse da direção do hospital e da chefia do Serviço de Neonatologia em implantar este serviço como parte da rotina de assistência aos recém-nascidos, dando continuidade ao atendimento após a alta hospitalar, e a existência de profissional médico interessado em participar neste tipo de assistência. Foram considerados critérios complementares a existência de prestação de serviços especializados, nas áreas definidas mais adiante.

Baseado nessa definição *a priori*, o critério de inclusão utilizado foi a ausência de ambulatório de acompanhamento estruturado em unidade que possuísse UTIN; e o critério de exclusão, a existência de problemas políticos, estruturais e de gestão na unidade. As unidades que não possuíam UTIN (4), com ambulatório

de seguimento estruturado (6) ou aquelas que apresentavam problemas políticos, estruturais e de gestão (2) foram excluídas deste estudo. Restaram, portanto, oito unidades para serem avaliadas em relação à viabilidade de implantação de Ambulatórios de Seguimento.

A definição de um serviço de seguimento e os critérios mínimos para a sua implementação foi construída através da leitura de alguns autores, entre outros, *Novo Manual do Follow Up do Recém-nascido de Alto Risco – Comitê de Follow Up do RN de Risco da SOPERJ* (Biênio 1992-1994), Lopes & Lopes (1999). O Ambulatório de Seguimento deve ser integrado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ter a capacidade de acompanhar o crescimento pondero-estatural, o desenvolvimento neuropsicomotor e avaliar de forma sistemática a visão e audição das crianças que estão em acompanhamento. Este tipo de ambulatório deve ter acesso facilitado para trabalho integrado com especialistas. O seguimento sistematizado permite a detecção precoce de desvios da normalidade e

o encaminhamento destas crianças para estimulação. Para tanto, é preciso uma equipe multidisciplinar, conforme anotações no quadro 1. O ideal é que o ambulatório esteja localizado na mesma unidade da UTIN, que possa utilizar ao mesmo tempo no mínimo três salas, para o atendimento médico, da enfermagem e dos outros componentes da equipe, com recursos de equipamento adequados para as medidas antropométricas e o atendimento tanto médico quanto da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

Foram realizadas entrevistas com os chefes de serviço das UTINs e com os diretores dos hospitais participantes durante o ano de 2002. As informações foram obtidas através de questionário informal, com roteiro, e de visitas ao local. O roteiro incluía: informações sobre infra-estrutura (área física, recursos humanos e laboratoriais), convênios (formais e informais) de referência e contra-referência para serviços ambulatoriais especializados, interesse do serviço em implantar o ambulatório de seguimen-

Quadro 1
Composição ideal da equipe do Ambulatório de Seguimento.

Profissional	Função
Coordenador da equipe	Pediatra ou neonatologista responsável pela organização e funcionamento do ambulatório e do trabalho da equipe, também atuando no atendimento das crianças acompanhadas.
Pediatra(s)	Com experiência em desenvolvimento da criança para a avaliação clínica e do neuro-desenvolvimento, assim como o encaminhamento das crianças para os especialistas e estimulação.
Equipe de enfermagem	Responsável pela organização do fluxo de atendimento, agendamento de consultas, realização das medidas antropométricas, orientação sobre os cuidados com as crianças, realização de pequenos procedimentos e coletas de exames.
Assistente social	Responsável pela avaliação dos riscos sócio-familiares, realização de grupos de sala de espera, suporte para as famílias, orientação quanto aos direitos previstos em lei para as crianças portadoras de deficiências, orientação quanto às instituições de auxílio social e aos encaminhamentos para instituições de reabilitação. É responsável também pela detecção dos pacientes que abandonam o acompanhamento e pela recuperação dos mesmos, relacionando os motivos prováveis de abandono do tratamento.
Psicóloga	Responsável pela avaliação do desenvolvimento cognitivo e de distúrbios de comportamento e emocionais, assim como orientação às famílias, promovendo melhor interação entre os familiares e a criança.
Nutricionista	Responsável pela orientação da alimentação dos prematuros, principalmente dos prematuros extremos durante o primeiro ano de vida. Orientação da alimentação dos pacientes com problemas especiais, como os portadores de doença pulmonar crônica e encefalopatia crônica não progressiva.
Equipe de reabilitação	Pode ser coordenada por um fisiatra. A equipe de reabilitação deve ser composta por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga, e deve funcionar integrada ao Ambulatório de Seguimento. Participar da avaliação do desenvolvimento junto com o pediatra toda vez que se fizer necessário.
Consultores	Neurologia, neurocirurgia, cardiologia, pneumologia, cirurgia pediátrica, oftalmologia, equipe de reabilitação, otorrinolaringologia e audiologia, ortopedia, laboratório de análises clínicas e serviço de imagem.

to. Em relação à disponibilidade de informações foi perguntado se o serviço possuía banco de dados, arquivos de prontuários, política de registro de informações, rotinas de assistência neonatal e de encaminhamento do paciente para ambulatórios de outros serviços estruturados ou para postos de saúde, com informações mínimas sobre as intercorrências apresentadas pelos recém-nascidos na UTIN.

Na avaliação das unidades as seguintes questões foram abordadas:

- Existe informação nas unidades sobre o perfil de egressos e suas demandas para o acompanhamento do desenvolvimento neuromotor e sensitivo e evolução clínica?
- Os serviços de neonatologia estão suficientemente estruturados para permitir a avaliação da prática da assistência intensiva neonatal correlacionando-a aos indicadores de desenvolvimento neuromotor e sensitivo?
- Os gestores locais consideram viável este tipo de abordagem pós-neonatal?
- Existe infra-estrutura mínima, incluindo recursos humanos especializados, para a criação dos serviços propostos?
- Como as unidades neonatais e os ambulatórios de seguimento já estruturados se distribuem dentro das regiões do Estado do Rio de Janeiro?

Resultados

Das oito unidades selecionadas para inserção no projeto de implantação do ambulatório de seguimento, três não manifestaram interesse em participar do projeto. Foram estudadas, portanto, cinco unidades, sendo uma na cidade do Rio de Janeiro, uma na Baixada Fluminense, uma na Região Serrana, uma na região Noroeste e uma na região Sudoeste.

Em nenhuma das unidades havia informações sobre o perfil dos egressos da UTIN e, portanto, das demandas da população local. Em apenas uma das unidades havia sistema de informação organizado sobre os pacientes – prontuários hospitalares. As outras quatro unidades possuíam apenas um prontuário de uso exclusivo durante a internação na UTIN, que não acompanhava a criança em outros atendimentos ou internações, mesmo na UTIN.

Em duas das cinco unidades visitadas foi constatada a existência de um ambulatório de acompanhamento vinculado à UTIN funcionando de forma incipiente. Em outra havia um

convênio informal com um serviço estruturado, organizado por uma neuropediatria, funcionando em outra unidade, porém na qual não havia a participação de pediatra para atendimento de crianças oriundas da UTIN. Os ambulatórios de acompanhamento estruturados, que não foram objeto deste estudo, se concentram na cidade do Rio de Janeiro.

Em relação à infra-estrutura física todas as unidades possuem sala ou local para a implantação desse tipo de assistência, precisando apenas de adequação às necessidades do atendimento. Quanto aos recursos humanos, houve variação entre as diversas unidades, porém constatou-se deficiência de profissionais ligados às áreas de reabilitação, como fisioterapia motora, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia. Quanto à fisioterapia respiratória, a atuação era para os pacientes internados. Em algumas unidades havia profissionais dessas áreas, não todas, às vezes já exercendo suas atividades de forma integrada com o pediatra, em outras havia ausência total ou o profissional apenas atuava na UTIN ou no hospital para os pacientes internados. Constatou-se falta de assistente social disponível para exercer suas funções no ambulatório de seguimento a ser criado ou que já existia de forma incipiente.

Quanto às especialidades médicas, as unidades não contavam com o apoio da maior parte dos especialistas. Também houve grande variação entre as unidades, porém todas já faziam algum tipo de convênio, informal ou caso a caso, baseado nos relacionamentos dos médicos, para suprir essa necessidade.

Em relação às unidades visitadas pudemos observar que três delas mostravam interesse em investir na implantação dos ambulatórios de seguimento dos recém-nascidos egressos de suas UTINs. Nessas unidades observou-se um grande interesse das chefias na implantação deste tipo de atendimento. Este se mantinha mesmo com o reconhecimento de que esta implementação implicaria renovação de suas estruturas, capacitação dos profissionais, médicos, de enfermagem e outras especialidades, como terapeutas, principalmente fisioterapeutas e fonoaudiólogas. Três das cinco unidades visitadas possuíam algum vínculo com a universidade local, como hospital de ensino ou fazendo trabalhos em conjunto com faculdades, não exclusivamente da área médica.

Foram observados dois pontos importantes e que merecem a atenção dos gestores de saúde em relação à assistência prestada às crianças

que recebem alta das UTINs. A avaliação oftalmológica é deficiente, principalmente em relação ao exame do recém-nascido e intervenções, para atender à demanda na rede da cidade do Rio de Janeiro. Fora do Rio de Janeiro, é inexistente a especialização em avaliação oftalmológica neonatal e após a alta hospitalar.

Em relação à avaliação auditiva e tratamento audiológico, também existe número insuficiente de serviços para atender a demanda. Não há estrutura adequada para atender a criança com deficiência auditiva em muitos locais e há demora e dificuldade em se conseguir prótese auditiva para as crianças sem recursos financeiros.

Quanto à reabilitação motora, foi constatada dificuldade em encaminhamento por conta de inadequação entre demanda e oferta. Há uma grande expectativa das terapeutas envolvidas no atendimento de crianças portadoras de deficiências em relação a treinamento especializado ou maior troca com os grandes centros.

Discussão

Este estudo evidenciou o acesso muito restrito e a baixa estruturação da rede em relação à assistência prestada aos bebês que recebem alta das UTINs no Estado do Rio de Janeiro. Não há uniformidade quanto ao atendimento prestado, havendo concentração de ambulatórios específicos para essa população na cidade do Rio de Janeiro. Entretanto, apesar da deficiência de oferta desse tipo de atendimento, observou-se em algumas unidades uma grande receptividade ao projeto. Algumas unidades já se organizam de modo informal em relação ao encaminhamento a especialistas fora de seu Município.

Para compreender a situação, é importante revisar a história do aparecimento desse tipo de atendimento para os recém-nascidos egressos das UTINs. Na década de 1970, nos países desenvolvidos, os neonatalogistas começam a questionar a evolução dessas crianças e a se interessar em saber o resultado a médio prazo da assistência recebida no período neonatal. Com intuito de pesquisa, organizam ambulatórios de seguimento para esse grupo de crianças, com estrutura multidisciplinar. No início, as publicações relatam incidências de complicações mais graves do neuro-desenvolvimento em populações específicas, como os prematuros e recém-nascidos que sofreram asfixia peri-

natal. Com o interesse crescente nas informações, esses serviços se tornam mais sofisticados; há questionamentos sobre a qualidade epidemiológica das pesquisas e uma preocupação em torná-las mais eficientes, com utilização de critérios mais rígidos em relação ao desenho de pesquisa, evoluindo posteriormente para estudos multicêntricos.

No Brasil, especificamente na cidade do Rio de Janeiro, surgem na década de 1980 alguns grupos isolados em unidades com UTIN, no Hospital do IASERJ, Hospital dos Servidores do Estado e Instituto Fernandes Figueira, com o objetivo de obter informações sobre a evolução, mas principalmente voltados para a assistência dessa população, como forma de dar continuidade ao tratamento iniciado na UTIN. Há uma preocupação em relação ao desenvolvimento neuromotor dos recém-nascidos e aos problemas clínicos apresentados por esse grupo de crianças. Cria-se na Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro (SOPERJ), como desmembramento do Comitê de Pediatria Ambulatorial, o novo Comitê de Acompanhamento e Desenvolvimento Infantil, que inicia seu funcionamento em 22 de agosto de 1988, e muda de nome para Comitê de *Follow Up* do Recém-nascido de Risco em janeiro de 1989. O comitê trabalhou intensamente na divulgação desse tipo de atendimento integrado à criança de risco para o desenvolvimento através de publicações em manuais, organizações de jornadas, participação ativa em congressos da especialidade, suscitando o interesse dos pediatras para criação em suas unidades de ambulatórios específicos para prematuros ou recém-nascidos de risco para o desenvolvimento. Em 2003, em decorrência da maior abrangência das atividades do comitê, incluindo discussão da reabilitação das crianças que evoluem com deficiências variadas, o nome muda para Comitê de Atenção Integral ao Desenvolvimento e Reabilitação (*Boletim Informativo da SOPERJ* vol. VI n. 6, 2003).

O surgimento desses ambulatórios gerou, de forma crescente, uma oferta de atendimento, antes inexistente, cuja demanda era dependente do interesse dos médicos em prestarem o serviço, portanto, uma demanda induzida. A história do aparecimento desse tipo de ambulatório, com uma assistência pediátrica diferenciada do ambulatório de pediatria geral, envolvendo outros profissionais no seu funcionamento, talvez seja a explicação para a baixa estruturação encontrada na rede em relação a es-

se serviço, assim como justifica a concentração de serviços estruturados na cidade do Rio de Janeiro. Não existe aqui uma demanda gerada pelo cliente do serviço público de saúde, até porque há um desconhecimento da possibilidade desse tipo de atendimento pela população. Nem há uma demanda gerada pelos gestores do sistema público de saúde. Na verdade, a população que participa desses ambulatórios o faz porque a ele foi direcionada pela equipe das UTINs. Pode ser também que o foco dos gestores ainda esteja centrado na redução da mortalidade neonatal e que esta clientela ainda não tenha sido identificada como uma demanda relevante. Esta preocupação começa a aparecer com a iniciativa do PAISMCA/SES-RJ em avaliar a possibilidade de atendimento a essa população.

Até meados do século 20, as ações de saúde de caráter universal no nosso país se restrinham à promoção de saúde e prevenção de doenças, com prioridade para as campanhas de vacinação e controle de endemias. A necessidade de diminuir as taxas de mortalidade, principalmente infantil e materna, induz a formação de políticas públicas de educação da população e de intervenção nas unidades hospitalares e ambulatoriais com o objetivo de melhorar a assistência prestada à população. Paralelamente ocorrem ações de controle de endemias e novas doenças incidentes, como recentemente a Aids. O Movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 1960, promove uma discussão importante sobre o direito universal à saúde e mudanças na legislação vigente de modo a proteger a saúde dos cidadãos, que se consolida na promulgação da Constituição Federal de 1988 e se torna efetiva com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1999, de acordo com Souza (2002) e Mizoczyk (2003).

Os serviços oferecidos pelo sistema público de saúde são decorrentes tanto da demanda da população que se sente doente, a demanda indeterminada, quanto pelos serviços criados pelo sistema público de saúde atendendo a uma necessidade de melhoria dos indicadores de morbi-mortalidade, a demanda induzida. O sistema público de saúde reage a essa necessidade criando novos serviços ou expandindo os já existentes. O que ocorreu com a assistência aos recém-nascidos após a alta da UTIN foi que esses serviços surgiram a partir das unidades, não envolvendo a estrutura estadual como um todo na sua criação. Certamente existe um custo financeiro, difícil de ser medido, e que

não foi calculado quando da criação desse serviço. A estrutura estadual de saúde passa a ter que se organizar em relação ao planejamento a partir de uma demanda criada pelos profissionais e sem ter o conhecimento exato da dimensão desse atendimento.

Casasnovas (1998) faz uma discussão interessante sobre a organização dos serviços de saúde, o envolvimento das estruturas governamentais e a questão da oferta de serviços *versus* demanda populacional. Nesse contexto, há que discutir o interesse do cidadão, cliente em potencial ou cliente de fato, e a capacidade econômica do Estado em assumir os custos inerentes à necessidade crescente de oferta que, com a evolução tecnológica da medicina, se tornam cada vez mais onerosas; o interesse político no investimento é uma questão ética que se apresenta – a decisão sobre até onde se pode ou se deve investir sem prejuízo para a saúde do indivíduo e sem transformar a oferta de serviços de saúde numa situação financeira insustentável. Há um conflito de interesses permanente e uma necessidade de negociação constante, entre prestadores de serviço e gerentes.

Zupancic *et al.* (2000) fazem uma revisão dos estudos de custo do atendimento ao recém-nascido prematuro, constatando que existem poucos estudos após a alta da UTIN nos países desenvolvidos. Discutem custos médicos diretos, pelas re-internações freqüentes e necessidade de assistência ambulatorial continuada, e custos indiretos, referentes à necessidade de educação especializada, tratamentos de reabilitação e da família, ainda não bem avaliados. Stevenson *et al.* (1996), em estudo de base populacional na região de Mersey (Inglaterra), demonstraram que o custo médio de crianças de baixo peso ao nascer era 4,7 vezes maior do que o custo médio da criança do grupo controle. As crianças de baixo peso continuavam a utilizar os serviços médicos hospitalares cerca de duas vezes mais do que aquelas do grupo controle até a idade de oito a nove anos.

O acompanhamento sistematizado dos recém-nascidos egressos das UTINs permite que essas crianças sejam mais bem assistidas em relação à evolução clínica, diminuindo as re-internações e, portanto, os custos hospitalares. Evidentemente, o custo desse grupo de crianças continua sendo mais elevado do que o das crianças que não ficaram internadas em UTIN no período neonatal. Entretanto, se os responsáveis receberem orientação adequada em relação ao cuidado e ajuda em relação à obtenção

de medicamentos, necessários em algumas condições clínicas, como as doenças pulmonares crônicas, as intercorrências poderão ser minimizadas. Isto se torna mais evidente na nossa população, constituída na sua maioria por famílias de baixa renda.

A concentração do atendimento em ambulatórios, cuja equipe esteja capacitada na avaliação do desenvolvimento neuromotor e sensitivo e tenha conhecimento das peculiaridades desse grupo de crianças, especialmente os recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, permite otimizar os recursos disponíveis e melhorar a assistência prestada. O investimento nas UTINs, através de recursos tecnológicos e capacitação de pessoal, diminui a mortalidade neonatal e, portanto, aumenta o número de crianças que precisarão de maior atenção do serviço de saúde, como se pode perceber pelos relatos de literatura sobre evolução de prematuros e crianças de risco para o desenvolvimento. A análise das unidades visitadas permitiu a identificação da necessidade de treinamento e capacitação de pessoal da equipe multidisciplinar assim como da criação de uma rede de referência que possibilite a gestão e distribuição de recursos e, sobretudo, de serviços especializados. O reconhecimento desta realidade é fundamental para os gestores quando do planejamento dessas ações.

Outra questão importante constatada neste estudo foi a situação do atendimento à criança portadora de deficiências. A demanda é maior do que a oferta de serviços com competência para prestar esse tipo de atendimento, gerando demora no início do tratamento. Existem áreas de excelência que convivem com áreas extremamente deficitárias. Muitos dos profissionais envolvidos no cuidado dessas crianças expressam uma certa frustração com o trabalho que desenvolvem e gostariam de ter maior integração com os grandes centros, com o intuito de melhorar a qualidade do serviço prestado.

Existe atualmente uma mudança na compreensão da prática médica. Os médicos atuantes na prática clínica começam a se interessar pelos problemas de gestão, antes exclusiva dos médicos atuantes na política sanitária. A atuação médica usando informações de pesquisas e protocolos publicados em revistas científicas, a medicina baseada em evidência, está se tornando prática cada vez mais comum e desejável. Moreno & Badía (1998) fazem uma análise teórica da introdução da gestão na prática clínica, na qual discutem os fatores que explicam as va-

riabilidades na prática médica, relacionando-as ao conhecimento técnico (ou sua falta), às expectativas dos usuários, às políticas regionais. Ressaltam a importância de se dispor de instrumentos de medidas de saúde validados e confiáveis: a investigação das consequências práticas das intervenções médico-sanitárias, o desenvolvimento da investigação operacional ao nível assistencial, e a integração da pesquisa na prática médica. A integração da investigação na prática médica contribui para legitimar as ações do corpo médico e despertar seu espírito crítico, além de fornecer informações aos responsáveis pelo planejamento, a médio e longo prazo, sobre as necessidades da população e atuações pertinentes. A atuação conjunta dos profissionais envolvidos na gestão, na prática médica, na área econômica e política é o diferencial que irá permitir a mudança no serviço de assistência à saúde da população. E isto está implícito na proposição do SUS.

Ainda não existe no nosso meio informações sistematizadas em estudos multicêntricos sobre a evolução de recém-nascidos provenientes das UTINs, apenas algumas pesquisas pontuais, como de Mello *et al.* (1998), Méio *et al.* (2003), Uchôa *et al.* (2003). Portanto, a falta de informações sobre a evolução das nossas crianças egressas das UTINs é um problema para os gestores, que devem se pautar em informações da literatura dos países desenvolvidos.

A criação de uma rede de informação sobre a evolução desta população de recém-nascidos que permita conhecer a realidade dos egressos de UTINs no nosso meio é fundamental. Diaz-Rossello (1998) relata a importância do Sistema de Informação Perinatal usado na América Latina e discute a necessidade e as dificuldades em determinar chaves de ligação entre as informações perinatais, neonatais, atestado de óbito e a evolução das crianças.

Este estudo evidenciou a necessidade de se investir recursos para o atendimento dessa população de crianças com especificidades próprias, que está recebendo alta das UTINs. Miosczky (2003) discute a organização do sistema de saúde brasileiro, a questão do princípio da equidade e da hierarquia entre as diversas instâncias governamentais. A autora sugere a utilização de redes interorganizacionais, horizontais, como forma de facilitar a formação de parcerias e flexibilizar a gestão. A utilização de sistema de referência e contra-referência na organização de ambulatórios de seguimento de recém-nascidos oriundos de UTINs seria uma

forma de otimizar recursos através desse tipo de gestão. Na verdade, algumas unidades já estão se organizando desse modo, ainda que de forma informal, através de relações individuais.

Com a intenção de nos adequarmos aos recursos disponíveis em cada unidade, sugerimos uma organização da equipe profissional que conte com uma classificação em graus de complexidade de atendimento, que expomos no quadro 2. Desta forma podemos otimizar os recursos de cada unidade, financeiros e de pessoal, visando iniciar o atendimento, porém já com a idéia de planejamento de crescimento futuro. Esta equipe pode ser composta apenas pelo pediatra e pela enfermagem, podendo evoluir até uma equipe multidisciplinar complexa, sempre com apoio de consultores especializados, na unidade ou como sistema de referência.

Conclusão

O interesse na formação de ambulatórios para acompanhamento de crianças egressas das UTINs ainda é incipiente. Entretanto, já observamos uma mudança, pontual, demonstrada por dois serviços que solicitaram treinamento, apesar de inicialmente não selecionados pelo

programa, e pelas três unidades que se envolveram mais com o projeto. Comprovou-se que a rede está desarticulada, havendo carência de especialidades médicas, de recursos de terapia de reabilitação e que tanto o atendimento oftalmológico, em relação ao exame e intervenção no recém-nascido, quanto a avaliação auditiva e a reabilitação do deficiente auditivo não suprem a rede do Rio de Janeiro. Entretanto, existe um movimento positivo de resposta à iniciativa do PAISMCA/SES RJ, que deve ser aproveitado.

A formação de um ambulatório ideal no molde dos países desenvolvidos talvez não seja a nossa realidade neste momento. No entanto, a organização de ambulatórios com graus de complexidade crescentes, de acordo com os recursos existentes na unidade ou região, é um recurso para suprir a necessidade do atendimento dessa população, favorecendo a detecção precoce de desvios do desenvolvimento e encaminhamento para a intervenção, minimizando as seqüelas. O envolvimento dos profissionais de saúde para o trabalho em equipe e o aproveitamento dos recursos em sistemas de referência e contra-referência, pode, a médio prazo, estimular a busca pelo conhecimento e pela melhoria da assistência prestada a essas crianças e suas famílias.

Quadro 2

Organização de equipe por graus de complexidade.

Básica	Grau 1 – Pediatra treinado	Enfermeira/técnica de enfermagem
	Grau 2 – Pediatra treinado	Enfermeira/técnica de enfermagem Assistente social
Especializada	Grau 3 – Pediatra treinado	Enfermeira/técnica de enfermagem Assistente social Terapeutas: fonoaudióloga, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional
	Grau 4 – Pediatra treinado	Enfermeira/técnica de enfermagem Assistente social Terapeutas: fonoaudióloga, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional Psicóloga
Ideal	Grau 5 – Pediatra treinado	Enfermeira/técnica de enfermagem Assistente social Terapeutas: fonoaudióloga, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional Psicóloga Nutricionista

Colaboradores

MDBB Méio e RR Mello fizeram o trabalho de campo e a preparação do artigo; C Magluta e MEL Moreira trabalharam na preparação do artigo.

Referências bibliográficas

- Bennet FC & Scott DT 1997. Long-term perspective on premature infant outcome and contemporary intervention issues. *Seminars in Perinatology* 21:190-201.
- Bradley HB *et al.* 1994. Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birthweight, premature children living in poverty. *Child Development* 65:346-360.
- Casasnovas GL 1998. Organización y eficiencia en la producción de los servicios sanitarios, pp. 65-90. In JL Señaris, VO Rubio, JMM Moreno, JM Núñez-Cortès & JG Badía (orgs). *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Editora Masson S.A., Barcelona.
- Davidson LL, Durkin MS & Khan NZ 2003. Studies of children in developing countries. How soon can we prevent neurodisability in childhood? *Development Medicine of Child Neurology* suppl. 96:18-24.
- Díaz-Rosello JL 1998. Health services research, outcomes, and perinatal information systems. *Current Opinion in Pediatrics* 10:117-122.
- Hack M, Friedman H & Fanaroff AA 1996. Outcomes of extremely low birth weight infants. *Pediatrics* 98:931-937.
- Lopes SMB 1999. Organização de um programa de acompanhamento do RN de risco, p. 16. In Lopes SMB & Lopes JM (orgs). *Follow up do RN de alto risco*. Editora Medsi, Rio de Janeiro.
- Méio MDBB, Lopes CS & Morsch DS 2003. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. *Revista de Saúde Pública* 37(3):311-8.
- Mello RR, Dutra MVP, Silva KS & Lopes JMA 1998. Valores de predição de avaliação neurológica e ultrasonográfica cerebral neonatal em relação ao desenvolvimento de prematuros de muito baixo peso. *Revista de Saúde Pública* 32(5):420-429.
- Misoczky MC 2003. Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da eqüidade em saúde. *Revista de Administração Pública* 37(2):335-354.
- Moreno JMM & Badía JG 1998. Introducción a la gestión en la práctica clínica, pp. 461-470. In JL Señaris, VO Rubio, JMM Moreno JMM, JM Núñez-Cortès & JG Badía (orgs). *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Editora Masson S.A., Barcelona.
- Saigal S *et al.* 2000. Parental perspectives of the health status and health-related quality of life of teen-aged children who were extremely low birth weight and term controls. *Pediatrics* 105(3):569-574.
- Sameroff AJ 1986. Environmental context of child development. *The Journal of Pediatrics* 109(1):192-200.
- Souza RR 2002. O sistema público de saúde brasileiro, pp. 441-469. In B Negri e ALD'A Viana. (orgs). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. O passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social*. Editora Sobravime, Cealag, São Paulo.
- Stevenson RC, McCabe CJ, Pharoah POD & Cooke RWI 1996. Cost of care for a geographically determined population of low birthweight infants to age 8-9 years. I. Children without disability. *Archives of Disease of Childhood* 74:F114-F117.
- Uchôa NT, Procianoy RS, Lavinsky L & Sleifer P 2003. Prevalência de perda auditiva em recém-nascidos de muito baixo peso. *Jornal de Pediatria* 79(2):123-128.
- Zupancic JAF, Richardson DK, Lee K & McCormick MC 2000. Economics of prematurity in the era of managed care. *Clinics in Perinatology* 27(2):483-497.

Artigo apresentado em 18/10/2004

Aprovado em 8/12/2004

Versão final apresentada em 8/12/2004