



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Pinto Braga, Patrícia; de Sena, Roseni Rosângela
DEVIR CUIDADORA DE PREMATURO E OS DISPOSITIVOS CONSTITUINTES DA
CONTINUIDADE DA ATENÇÃO PÓS-ALTA
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 26, núm. 3, 2017, pp. 1-8
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71452267015>

- 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

DEVIR CUIDADORA DE PREMATURO E OS DISPOSITIVOS CONSTITUINTES DA CONTINUIDADE DA ATENÇÃO PÓS-ALTA

Patrícia Pinto Braga¹, Roseni Rosângela de Sena²

¹ Doutora em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: patriciabragaufsj@gmail.com

² *In memoriam*

RESUMO

Objetivo: analisar os dispositivos constituintes da continuidade da atenção ao prematuro e como as cuidadoras vivenciam a atenção pós-alta ao prematuro extremo.

Método: estudo qualitativo, desenvolvido de junho a outubro de 2013, com coleta de dados utilizando a história oral temática, com dez cuidadoras, e construção de narrativas que foram analisadas, baseadas no referencial de Deleuze e Guatarri.

Resultados: o devir cuidadora de prematuro é uma trajetória de produções de subjetividades, na qual se identificam encontros, inseguranças, fé, evasão do trabalho e adaptação. Os resultados apontam que a atenção ao prematuro deve incorporar práticas cuidadoras capazes de potencializar a produção da vida, o que implica uma discursividade não orientada dos profissionais, exclusivamente por uma ausência de doença, mas que considera os projetos existenciais das cuidadoras.

Conclusão: a continuidade da atenção acontece com diferentes arranjos assistenciais. Contudo, o protagonismo da cuidadora mostrou-se capaz de disparar agenciamentos e é um dispositivo potente para a continuidade da atenção.

DESCRIPTORES: Prematuro. Alta do paciente. Continuidade da assistência ao paciente. Enfermagem. Enfermagem neonatal.

BECOMING A CAREGIVER OF PREMATURE NEWBORNS AND THE DEVICES PART OF THE CONTINUITY OF POST-DISCHARGE CARE

ABSTRACT

Objective: to analyze the devices part of the continuity of the care for premature newborns and how caregivers experience post-discharge care for extreme premature newborns.

Method: this is a qualitative study, developed from June to October 2013, with data collection using thematic oral history, with ten caregivers, and construction of narratives that have been analyzed based on the references of Deleuze and Guatarri.

Results: the path to become a caregiver of premature newborns is a trajectory of productions of subjectivities, in which encounters, insecurities, faith, avoidance of work and adaptation can be identified. The results indicate that the care for premature newborns must incorporate care practices capable of enhancing the production of life, which implies a non-directed discursiveness of professionals exclusively because of an absence of disease, but which considers the existential projects of the caregivers.

Conclusion: the continuity of the care happens with different care arrangements. However, the role of the caregiver was able to trigger movements and it is a powerful device for the continuity of the care.

DESCRIPTORS: Premature. Discharge of the patient. Continuity of patient care. Nursing. Neonatal nursing.

DEVENIR CUIDADORA DE PREMATURO Y LOS DISPOSITIVOS CONSTITUTIVOS DE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN POST-ALTA

RESUMEN

Objetivo: analizar los dispositivos constituyentes de la continuidad de la atención al prematuro y cómo las cuidadoras experimentan la atención post-alta al prematuro extremo.

Método: estudio cualitativo, desarrollado de junio a octubre de 2013, con recolección de datos utilizando la historia oral temática, con diez cuidadoras, y construcción de narrativas que fueron analizadas, basadas en el referencial de Deleuze y Guattari.

Resultados: el devenir cuidadora de prematuro es una trayectoria de producciones de subjetividades, en la cual se identifican encuentros, inseguridades, fe, evasión del trabajo y adaptación. Los resultados apuntan que la atención al prematuro debe incorporar prácticas cuidadoras capaces de potenciar la producción de la vida, lo que implica una discursividad no orientada de los profesionales, exclusivamente por una ausencia de enfermedad, pero que considera los proyectos existenciales de las cuidadoras.

Conclusión: la continuidad de la atención ocurre con diferentes arreglos asistenciales. Sin embargo, el protagonismo de la cuidadora se mostró capaz de disparar agenciamientos y es un dispositivo potente para la continuidad de la atención.

DESCRIPTORES: Prematuro. Alta del paciente. Continuidad de la asistencia al paciente. Enfermería. Enfermería neonatal.

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnocientíficos contribuíram para o desenvolvimento da assistência neonatal, com reflexos na redução das taxas de mortalidade e aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros com idade gestacional de nascimento cada vez menor.¹ Entretanto, é necessário reconhecer que essa sobrevivência requer indagações de como tem sido a vida, com o passar dos anos, dessas crianças e como as famílias vivenciam o cuidado pós-alta a elas.²

A continuidade do cuidado ao prematuro favorece a prevenção de agravos, de reinternações hospitalares e de mortalidade, bem como facilita a adaptação da família aos cuidados com este grupo infantil diante das especificidades de cuidados que eles apresentam.¹ Entretanto, estudos têm evidenciado que uma atenção voltada para as especificidades clínicas do prematuro e uma cobertura interdisciplinar após a alta não é realidade no contexto de atenção à saúde no Brasil.³⁻⁶

Na continuidade do cuidado ao prematuro 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 cuidadora, considerando que esta irá assumir os cuidados com uma criança que passou por longo período de internação e vivenciou agravos.⁷⁻⁸

Com toda a complexidade imanente à continuidade da atenção no contexto da prematuridade, identificamos neste estudo que é oportuna a discussão deste considerando a temática de redes. A discussão de redes tem sido proposta por diferentes concepções teóricas e organizacionais no campo da atenção à saúde brasileira e, nesta pesquisa, optamos

por olhar e pensar a dinâmica da continuidade da atenção ao prematuro buscando uma construção teórica na qual a rede de cuidados poderia se assemelhar a um rizoma.⁹

O entendimento de rede na perspectiva de rizoma pressupõe 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.¹⁰ É oportuno considerar que a constituição do cuidado na perspectiva de rede aqui adotada se produz no desejo, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, associados à reorganização do processo de trabalho.¹⁰

Pressupomos nesta pesquisa que os diferentes (re/des)arranjos, os quais vão compondo a atenção ao prematuro, após a alta hospitalar, evidenciam processos de subjetivação e intencionalidades e, assim, movimentos de territorialização e desterritorialização que configuram um cenário assistencial. Com o exposto, e considerando a relevância em estudar como a rede se configura na continuidade da atenção ao prematuro e reconhecendo a pertinência em revelar como as famílias têm vivenciado a atenção pós-alta a estas crianças, a presente pesquisa propôs os seguintes objetivos: analisar os dispositivos constituintes da continuidade da atenção ao prematuro e analisar como as cuidadoras vivenciam a atenção pós-alta ao prematuro extremo em municípios do estado de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a escolha do referencial teórico foi feita considerando que na construção da continuidade da atenção ao

prematuro e sua família estão presentes intencionalidades, produções de subjetividades e processos de subjetivação. A subjetivação é compreendida, neste estudo, como diferentes formas de produção da subjetividade em um determinado contexto social, ou seja, um modo intensivo e não um sujeito pessoal.⁹

O referencial aqui adotado permitiu pensar a contemporaneidade e os processos de subjetivações imanentes a esta na perspectiva do termo rizoma. A ideia de rizoma faz uma alusão às multiplicidades, não remetendo a nenhuma combinação de múltiplo e uno, mas ao contrário, uma organização própria do múltiplo como tal, que de modo nenhum tem necessidade da unidade para formar um sistema. A premissa das multiplicidades, imanentes ao rizoma, trazem alguns elementos teóricos como o conceito de agenciamentos, o qual é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda de natureza à medida que ela aumenta suas conexões.⁹ Os agenciamentos ou dispositivos podem ser considerados artifícios produtores de inovação que geram acontecimentos e devires. Há um elemento intrínseco aos agenciamentos, qual seja, o desejo entendido como uma força produtiva e criativa que busca encontros e está presente no contexto social.¹¹ Assim, optamos por este referencial por ele permitir identificar as multiplicidades, as produções de subjetividades, os agenciamentos e os dispositivos constituintes da continuidade da atenção presentes no cotidiano da assistência pós-alta aos prematuros.

O trabalho de campo foi desenvolvido de junho a outubro de 2013, em três municípios de uma Microrregião, pertencente à Macrorregião Oeste do estado de Minas Gerais, Brasil. Para garantir diversidade de contextos, os critérios de inclusão dos municípios foram: apresentar maior ou menor taxa de incidência da prematuridade e ser município de referência para a Microrregião.

Para inclusão das participantes nesta investigação procedemos com um mapeamento dos prematuros extremos, com idade entre doze e dezoito meses, nos municípios de investigação, no Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Neste mapeamento realizamos contato telefônico ou visita domiciliar para convite às cuidadoras. Participaram da pesquisa dez cuidadoras, mães dos prematuros, em entrevista em história oral temática, uma estratégia de coleta que procura centrar-se na visão de mundo e versão que os atores sociais apresentam sobre o cotidiano da vida.¹²

As histórias orais temáticas foram transcritas na íntegra e posteriormente submetidas a um pro-

cesso de textualização, o qual consistiu na reorganização dos acontecimentos relatados, favorecendo um texto mais claro denominado testemunho, no qual se realizou a codificação dos nomes das cuidadoras e das crianças nascidas prematuras. Os testemunhos foram apresentados às cuidadoras na segunda visita, para que elas pudessem validá-los. Concluída essa etapa, seguiu-se com a leitura exaustiva destes e a construção das narrativas. As narrativas possuem diversificadas concepções teóricas e conceituais oriundas da literatura, da história, do campo da comunicação e da psicanálise. Neste estudo, optou-se pela concepção de narrativas conforme abordagem do campo da comunicação, entendida como um processo de mediação entre indivíduo e sociedade e, para tanto, imbuído de interlocução.¹³ O cotidiano de experiências, ao ser narrado, permite dar visibilidade à circulação dos dizeres sociais, das ideologias e das realidades da vida cotidiana.¹⁴

O processo de análise das narrativas aconteceu inicialmente com uma leitura do material que possibilitou uma visualização ampla das descobertas em campo. Posteriormente, iniciou-se um processo de leituras exaustivas das narrativas, o que permitiu apreender as ideias centrais apresentadas pelas participantes. Concluída essa etapa, iniciou-se uma leitura transversal, buscando identificar as unidades de sentidos que foram agrupadas formando duas categorias empíricas.¹⁵

Previamente ao trabalho de campo, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme parecer de número 0339.0.203.000-11. Foi garantido o anonimato das participantes mediante codificação de seus nomes (C1, C2, etc.) e elas foram incluídas no estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os resultados foram agrupados em unidades de sentidos que traduzem os processos de subjetivação e os agenciamentos no contexto da prematuridade: o devir cuidadora de prematuro após a alta hospitalar e os territórios assistenciais e a (des) continuidade da atenção.

O devir cuidadora de prematuro após a alta hospitalar

A análise revelou que o cuidado domiciliar ao prematuro egresso de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é permeado por sentimentos contraditórios, pois as cuidadoras afirmam desejar

estar em casa com seus filhos, mas relatam sentir insegurança, medo de assumir o cuidado com o prematuro que vivenciou um processo de internação prolongado e demandou cuidados específicos.

Aliado a isto, há uma reorganização do cotidiano das cuidadoras para atendimento das demandas do prematuro e elas reconhecem que este exige uma atenção diferenciada para prevenir adoecimentos. Mesmo expressando dificuldades e mudanças, no cotidiano da vida, as participantes afirmam uma dedicação e, na maioria das vezes, afirmam assumir sozinhas as responsabilidades com o cuidado de seus filhos.

Eu fiquei insegura de cuidar de P6 em casa porque ela era muito pequenininha, ela nasceu com um probleminha no nariz, então ela mamava pouco, eu tinha medo dela engasgar, sufocar. Tudo fui eu depois que ela saiu do hospital, eu não tive ninguém para me ajudar (C6).

Foi bem complicado no início porque tinha que ter todo um cuidado especial pra dar banho, higienizar as coisas, tudo tinha que passar álcool, porque se pegasse uma infecção poderia causar danos maiores. Criança prematura é muito cuidado, é muita atenção, eles requerem o dobro de atenção de uma criança normal, porque eles são muito pequeninhos e indefesos (C3).

O período de internação na UTIN foi reconhecido pelas participantes como momento de participação e aprendizado na atenção ao prematuro. A experiência de permanecer próximo ao filho durante a internação permitiu uma adaptação mais tranquila ao cuidado domiciliar pós-alta.

A análise sinalizou também que a fé em Deus foi reconhecida como dispositivo que favorece o enfrentamento de situações relacionadas à prematuridade. Apesar de todos os desafios presentes na trajetória dessas mulheres, a fé permitiu com que elas tivessem um sentimento de esperança, apoio e conforto na vivência das situações as quais envolvem o cotidiano da atenção ao prematuro.

Eu dou muito valor quando eu tive no CTI, as enfermeiras me ajudaram muito, foram elas que me ensinaram muita coisa que eu não sabia. Então, hoje eu conheço a minha filha no olho. Eu falo que por mais que tenha médico, que tenha tudo, eu tenho muita fé em Deus, eu falo que mais foi também Deus [...]. O que eu quero falar pra toda mãe que tem menino prematuro é que tem que ter fé em Deus (C10).

As participantes vivenciaram intercorrências com seus filhos prematuros no domicílio tais como: alterações e/ou infecções respiratórias, refluxo gastroesofágico, crise convulsiva, dificuldade de alimentação e perda de peso. Reinternações hospi-

tares dos prematuros, associada às intercorrências, foram relatadas por três cuidadoras. As participantes afirmaram também que os prematuros demandam atendimentos frequentes de profissionais de saúde após a alta. Associado a isso, a escolha em deixar o trabalho para assumir os cuidados com o filho prematuro foi a decisão de sete cuidadoras, sendo a demanda por cuidados apresentada pelo prematuro um dos argumentos expresso por elas.

Por ela ser prematurinha tinha que ter acompanhamento frequente e vida de prematuro é médico direto, impressionante, é muito difícil! (C3).

Assim que ela saiu do hospital ela teve refluxo e ficou roxinha. Eu assustei demais (C4).

Outra coisa que envolveu foi essa questão de voltar a trabalhar ou não. Eu queria voltar, mas ao mesmo tempo eu não voltei porque ela era pequenininha e eu ficava com medo (C6).

Eu passei por um período difícil, foi muito difícil, mas depois veio a recompensa e hoje eu só tenho a agradecer, só tenho que curtir cada minutinho com P2 (C2).

Apesar dos desafios, as participantes expressaram um processo de adaptação e afirmaram que, com o tempo, o cuidado com o prematuro no domicílio foi se revelando mais tranquilo.

Os territórios assistenciais e a (des) continuidade da atenção

Existe uma diversidade de encaminhamentos e diferentes serviços ofertados, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), aos prematuros. Identificou-se, também, a busca ativa dos prematuros para atendimento.

Na hora que a P3 teve alta do hospital, eles fizeram uma reunião comigo e com meu marido e falou para procurar isso, isso e isso. Os profissionais de saúde do posto ligavam e falavam: hoje tem vacina para ela (C3).

Do hospital eu saí com todos os papeis de encaminhamento, para o núcleo de estimulação, foi só ir lá e marcar mesmo. É fácil! (C4).

A análise revela o acesso facilitado aos serviços demandados pelos prematuros, com exceção de algumas especialidades médicas pelo SUS como o neurologista infantil. A estratégia utilizada pelas cuidadoras, diante dessa situação, é o uso mesclado de serviços públicos e privados.

Depois da alta foi muito bom, foi rápido. Eu levei na pediatra e ela me deu encaminhamento para o núcleo de estimulação, oftalmologista e neurologista. Só que neurologista infantil não tem pelo SUS, mas como eu tinha o plano de saúde marquei e fiz o acompanhamento e ela já teve alta do neurologista (C1).

As cuidadoras, incluídas neste estudo, utilizam a atenção primária em saúde/SUS para vacinação dos prematuros. Quatro participantes realizaram os atendimentos para acompanhamento dos seus filhos, exclusivamente, utilizando serviços do SUS. Três cuidadoras afirmaram que o acompanhamento foi realizado em serviços privados (particulares ou planos de saúde) e três mesclaram serviços conveniados (planos de saúde) e do SUS.

Além dos diferentes arranjos na tentativa de favorecer o acompanhamento dos prematuros, identificamos que a constituição de vínculo, entre as cuidadoras e os profissionais que realizam o seguimento de seus filhos, é um potencial para a continuidade da atenção. O encontro dialógico, acolhedor, contínuo, atencioso e resolutivo são características implícitas ao processo de constituição de vínculo vivenciado pelas participantes.

Ele [pediatra] é uma pessoa assim que quando ele vai conversar com a gente ele olha no olho, explica tudo com detalhes! Não deixa a desejar. Tudo que eu questionei, porque eu questionava muito, tudo que eu questionei ele me respondeu (C2).

Algumas participantes expressaram que, mesmo na presença dos encaminhamentos e de acesso aos serviços de saúde, não deram seguimento ao acompanhamento. Identificamos, neste caso, a ausência na constituição de vínculo da participante com os profissionais que atenderam seus filhos ou, no caso de outra participante, a dificuldade de manter o acompanhamento devido ao seu emprego.

Um profissional de referência, que me dê segurança não tem não! Vou lá, eles falam que está tudo bem, olha o crescimento, o peso, mas segurança e referência eu ainda não consegui não (C7).

Nos acompanhamentos dela não estava dando pra eu levar, pois eu estava trabalhando e os horários coincidiam. Nem a puericultura dela estou fazendo mais, tive que parar de fazer por causa do serviço. E estava fazendo acompanhamento no núcleo de estimulação, mas eu parei de levar ela (C5).

A análise revelou que houve uma peregrinação de uma colaboradora para encontrar profissionais os quais dessem resolutividade à demanda por cuidados apresentada por sua filha. Essa busca é decorrente da ausência de uma relação de confiança desta cuidadora com os profissionais. A análise do seu testemunho evidenciou uma peregrinação em busca de atendimentos e uma produção do adoecimento, ou seja, uma ausência de autonomia desta participante no cuidado à sua filha prematura.

Não achei um profissional de referência ainda não. Ao mesmo tempo em que eu me acho, me sinto insegura para cuidar dela eu quero achar segurança em alguém para me tranquilizar. Não consegui ainda não. Estou em busca. A gente fica em busca de uma ajuda, de saber o que é realmente. Então um fala uma coisa, outro fala outra coisa. Aí a gente vai em busca de um, vai em busca de outro. Mas você está fazendo tudo que te pede [choro] e eu acho que tem que correr agora, porque depois se eu deixar passar não vai adiantar. Então tudo que me falam, que eu tenho condição de buscar eu vou, eu faço. Tudo que pede a gente faz (C6).

A análise dos dados permitiu identificar a condição crônica decorrente da prematuridade no cotidiano da vida de um prematuro, e essa situação desencadeia na cuidadora sentimentos de medo e ansiedade. A análise sinaliza uma fragilidade no acesso a serviços pela cuidadora em seu município de residência, o que desencadeou a busca por atendimentos privados em outro município.

Depois da alta, ele fez acompanhamento com pediatra, neurologista, fez exames da orelhinha, do ouvidinho e dois eletros da cabecinha. Os atendimentos dele foram todos em Divinópolis, porque aqui não tem nada. Fisioterapia, ele fazia três vezes na semana, agora faz duas. Foi no oftalmologista, fonoaudióloga. Aí tem vez que eu fico desesperada fico com medo dele não fazer as coisas (C9).

Em suma, os resultados apresentados nesta subcategoria permitem identificar os dispositivos que favorecem a construção de um território assistencial de continuidade da atenção e produção da vida e também elementos que contribuem para uma descontinuidade do cuidado e produção do adoecimento.

DISCUSSÃO

No momento da alta do prematuro da UTIN, as mães expressam sentimentos de alegria, contudo, relatam também insegurança e ansiedade, pois reconhecem que as demandas por cuidados dos seus filhos passam a ser atendidas por elas. Há uma reorganização do cotidiano para o cuidado domiciliar marcada pela presença de desafios, devido à condição de fragilidade e às diferentes e complexas demandas de cuidados que o prematuro requer.⁷

O preparo das mães para a alta hospitalar durante o período de hospitalização do prematuro é um dispositivo que favorece a segurança e tranquilidade no cuidado pós-alta. Em adição, há evidências científicas de que as ações durante a internação voltadas para o preparo da família no manejo com o prematuro reduz a ansiedade, aumen-

ta a autoconfiança materna no cuidado domiciliar e facilita a adaptação da família à criança.¹⁶⁻¹⁷ Há de se considerar, conforme evidenciado em pesquisa, que o enfermeiro é reconhecido como profissional que pode favorecer o processo de construção de autonomia dos pais no cuidado ao prematuro durante o período de internação.¹⁸ Intervenções educativas, de empoderamento dos pais, durante o período de internação do prematuro, melhora a interação pais-bebê e reduz o tempo de permanência hospitalar de prematuros extremos.¹⁹⁻²⁰

Em consonância com outras investigações, identificamos que a fé pode ser considerada um dispositivo utilizado pelas cuidadoras para conseguir lidar com os desafios cotidianos da prematuridade. Estudo aponta que a fé em Deus fortalece a família para o enfrentamento de situações decorrentes da prematuridade.²¹

A análise permite inferir que é possível um processo de adaptação das famílias às situações decorrentes da prematuridade apesar de todos os desafios. No processo de adaptação deve-se considerar o ser humano sempre em movimento, em transformação, em devir, e é em cada nova experiência vivida e em contato com o desconhecido que buscam reconstruir o sentido de suas experiências.²²

Na atenção pós-alta ao prematuro, há o uso simultâneo de serviços do SUS e de saúde suplementar, e essa complementaridade é uma realidade no contexto brasileiro, configurando-se como uma diversidade de arranjos no cotidiano assistencial dos usuários de serviços de saúde que procuram superar lacunas no acesso.²³

A análise revelou que a condição crônica decorrente da prematuridade exarceba a complexidade de atenção pós-alta no espaço domiciliar e requer serviços de saúde aptos a atender às demandas específicas por cuidados requeridas por esta população. Há de se considerar que os prematuros estão vulneráveis a apresentar condição crônica, e a família, frente a isso, poderá vivenciar situações de crise e sofrimento.²³ Associado a esse sofrimento, a condição gera uma busca constante de cuidados especializados em saúde.

A formação de vínculo, entre profissionais e cuidadoras, no contexto dos cuidados em saúde revelou-se como um dispositivo que amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação das cuidadoras. O encontro dialógico com vistas à constituição de vínculo entre profissionais e usuários e um autêntico interesse em ouvir o outro permite um processo de responsabilização e favorece uma

percepção ampliada das demandas e necessidades colocadas em discussão.²²

Há uma dinamicidade na atenção pós-alta ao prematuro que vai configurando uma rede na qual estão presentes serviços ofertados e os encaminhamentos entre estes, busca ativa das cuidadoras e seus filhos, constituição de vínculo e implicação dos sujeitos envolvidos na atenção. Considerando esses elementos constituintes da rede como estratégias que favorecem a continuidade da atenção, percebeu-se que há uma potencialidade desta rede operar rumo a uma produção da vida.

Identificamos que a construção articulada do cuidado se produz disparada pelo desejo, adesão ao projeto em uma micropolítica do trabalho em saúde. O reconhecimento da implicação dos sujeitos como dispositivo potencial para a continuidade da atenção é evidente quando identificamos a relação entre a constituição de vínculo e o protagonismo das cuidadoras e a efetiva continuidade da atenção ao prematuro.

Desejo, nesta pesquisa, é reconhecido 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.¹¹ O desejo corresponde a uma vontade de potência, uma produção desejante.⁹

A análise permite inferir que as produções desejantes favorecem uma produção da vida e uma efetiva continuidade do cuidado. Produção da vida significa, nesta investigação, um processo de constituição da autonomia no modo das cuidadoras levarem suas vidas no contexto complexo da prematuridade. Assim, as produções desejantes, implícitas à continuidade da atenção, foram evidentes na efetiva constituição de vínculo entre cuidadoras e profissionais e, ainda, no explícito protagonismo e tomada de decisões das colaboradoras que realizam agenciamentos na atenção pós-alta ao prematuro.

Em contrapartida, identificamos também a presença da descontinuidade da atenção que potencializa a produção do adoecimento caracterizado pela peregrinação e dificuldade da cuidadora conseguir autonomia e segurança na maneira de lidar com as questões da prematuridade.

CONCLUSÃO

O significado atribuído pelas participantes ao devir cuidadora de prematuro mostra uma trajetória de produções de subjetividades na qual diferentes encontros, práticas em saúde, demandas por cui-

dados, medos, inseguranças, fé, intercorrências, responsabilização, evasão do trabalho, adaptação e superação tecem um contexto de experiência vivida. O vir a ser cuidadora de prematuro é um processo em permanente construção e, ainda, produto de encontros vivenciados de maneira singular pelas cuidadoras, expressando intencionalidades.

Diante do processo complexo de transição do prematuro do hospital para o domicílio, a família precisa contar com ações profissionais, capazes de minimizar seus sentimentos de medo e insegurança. Percebe-se que estas ações devem ser iniciadas antes da alta, favorecendo a participação da família no cuidado ao prematuro, e de forma mais intensa durante os primeiros momentos durante a internação, de maneira a contribuir com a adaptação da família.

A atenção pós-alta ao prematuro e sua família deve incorporar práticas cuidadoras capazes de potencializar a produção da vida. E nessa construção encontra-se a possibilidade de uma discursividade de sujeitos no campo da saúde que não será orientada, exclusivamente, por uma ausência de doença ou presença de normalidade, mas que também considera os projetos existenciais das cuidadoras e suas famílias.

A continuidade da atenção ao prematuro acontece com diferentes arranjos e fluxos assistenciais assim como diversificadas formas da cuidadora caminhar na rede de cuidados pós-alta, mas o protagonismo desta, sua produção desejante, mostrou-se como produtora de agenciamentos e dispositivos potentes da efetiva continuidade da atenção.

O desenvolvimento desta pesquisa revelou que tão importante quanto serviços ofertados, no contexto de uma rede de cuidados, é legítimo, oportuno e se faz necessário o reconhecimento e o incentivo da cuidadora como protagonista da continuidade da atenção ao prematuro. Identifica-se que os agenciamentos e dispositivos desencadeados pelas cuidadoras na atenção pós-alta, como iniciativa, intencionalidades, implicação na atenção ao prematuro e constituição de vínculo podem disparar ações de resolutividade na atenção e acesso a serviços.

REFERÊNCIAS

1. Barría-Pailaquilén RM, Mendoza-Maldonado Y, Urrutia-Toro Y, Castro-Mora C, Santander-Manríquez G. Trends in infant mortality rate and mortality for neonates born at less than 32 weeks and with very low birth weight. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011 Jul-Aug; 19(4):977-84.
2. Aloy JF, Ruiz MAE, Gili, LA, Rodriguez JB, Miró RA, Hilderman XCE. Evolución de la atención a domicilio para niños prematuros y de bajo peso de nacimiento desde 2002 hasta 2014. *An Pediatr (Barc)*. 2016; 85(3):134-41.
3. Klossowski DG, Godói VC, Xavier CR, Fujinaga CI. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. *Rev CEFAC*. 2016 Jan-Fev; 18(1):137-50.
4. Moraes AC, Quirino MD, Camargo CL. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2012 [cited 2016 Oct 17]; 14(3):654-62. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a23.pdf
5. Braga PP, Sena RR. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(6):975-80.
6. Dellenmark-Blom M, Wigert H, Parents' experiences with neonatal home care following initial care in the neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study. *J Adv Nurs*. 2013; 70(3):575-86.
7. González MPO, Espitia EC. Caring for a premature child at home: from fear and doubt to trust. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2014 [cited 2016 Oct 17]; 23(4): 828-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400828
8. Deleuze G, Guatarri F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34; 2007.
9. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Gestão em redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS; 2006.
10. Baremblytt G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5ª ed. Belo Horizonte (MG): Instituto Felix Guatarri; 2002.
11. Meihy JCSB, Holanda F. *História oral: como fazer como pensar*. 2ª ed. São Paulo (SP): Contexto; 2011.
12. Guimarães C. O ordinário e extraordinário das narrativas. In: Guimarães C, França V, organizadores. *Na mídia, na rua: narrativas do cotidiano*. Belo Horizonte (MG): Autêntica; 2006. p. 7-17.
13. Onocko-Campos RT, Palombini AL, Leal E, Serpa Junior OD, Baccari IOP, Ferrer AL, et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(10):2847-57.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.
15. Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J, Scochi CGS. The hospitalized preterm newborn: the significance of parents' participation in the neonatal unit. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(6):1360-6.

16. Gonya J, Martin E, McClead R, Nelin L, Shepherd E. Empowerment programme for parents of extremely premature infants significantly reduced length of stay and readmission rates. *Acta Paediatrica*. 2014; 103(7):727-31.
17. Gallagher KM, Edgley APD. The Attitudes of neonatal nurses towards extremely preterm infants, *J Adv Nurs*. 2012; 68(8):1768-79.
18. Chiodi LC, Aredes ND, Scochi CGS, Fonseca LMM. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(6):969-74.
19. Couto FF, Praça NS. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(1):19-26.
20. Wust GG, Vieira CS. O relacionamento mãe bebê pré-termo após a alta hospitalar. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(2): 311-8.
21. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*. 2007; 17(1):43-52.
22. Castanheira CHC, Pimenta AM, Lana FCF, Malta DC. Utilização de serviços públicos e privados de saúde pela população de Belo Horizonte *Rev Bras Epidemiol Suppl*. 2014; 256-66.
23. Carvajal BV, Carolina VP, Eugenia RN. Madres descubriendo el amor incondicional en el proceso adaptativo de hospitalización de su bebé prematuro. *Rev Cuid* 2014; 5(2):782-91.