



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO ACEDÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

BRUNA MARIA OSTERNO MOURÃO

**AVALIAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE ESTIMULAÇÃO
PRECOCE (NEP), PARA O ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS COM
SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS (SCZ), NA ÁREA
DESCENTRALIZADA DE SAÚDE (ADS) DE SOBRAL**

FORTALEZA - CEARÁ

2023

BRUNA MARIA OSTERNO MOURÃO

AVALIAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE ESTIMULAÇÃO
PRECOCE (NEP), PARA O ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS SÍNDROME
CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS (SCZ), NA ÁREA DESCENTRALIZADA DE
SAÚDE (ADS) DE SOBRAL

Dissertação apresentada ao
Mestrado acadêmico de Saúde
Pública do Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública, da
Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Ceará. Área
de concentração: Políticas, Gestão,
Avaliação e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Maria Vaudelice
Mota

Co-orientadora: Profa. Maria do
Socorro de Sousa

FORTALEZA - CEARÁ

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M89a Mourão, Bruna Maria Osterno.

Avaliação de Implantação do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP), para o atendimento às crianças com síndrome congênita do Zika Vírus (SCZ), na área descentralizada de saúde (ADS) de Sobral / Bruna Maria Osterno Mourão. – 2023.

109 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota.

Coorientação: Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa.

1. Regionalização. 2. Serviços de Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 5. Microcefalia. I. Título.

CDD 610

BRUNA MARIA OSTERNO MOURÃO

AVALIAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE ESTIMULAÇÃO
PRECOCE (NEP), PARA O ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS SÍNDROME
CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS (SCZ), NA ÁREA DESCENTRALIZADA DE
SAÚDE (ADS) DE SOBRAL

Dissertação apresentada ao
Mestrado acadêmico de Saúde
Pública do Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública, da
Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Ceará. Área
de concentração: Políticas, Gestão,
Avaliação e Educação em Saúde

Aprovada em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Maria Vaudelice Mota (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr^a. Maria Socorro de Sousa (Co-Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Luciano Lima Correia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Maria Socorro de Araújo Dias
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Vicente de Paulo Teixeira Pinto
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais, Norma e Reubem,
por todo apoio e acolhimento em
minhas decisões. Por todo carinho e
afeto, por me incentivarem e seguido
comigo em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por todas as motivações para seguir com os estudos, sempre pautado na importância de adquirir conhecimento e que assim, eu chegaria em qualquer lugar, bastasse eu sonhar e seguir em frente para buscá-los.

A minha família, principalmente as mulheres, minhas primas (Andreia, Naiane, Camila, Isabela, Raiana, Jade, Iza e Débora) e tias (Cristina, Iery e Lulu) que sempre acreditam no meu potencial e me encorajam a cada passo que dou, por todas felicitações que me desejam.

As minhas amigas, em especial Kelly Alves e Andrezza Aguiar que adentraram na minha ideia de projeto e me deram suporte para a escrita inicial, com os livros emprestados e sabedoria. Ao Talles Alexandre como um bom incentivador e apoiador, por dias de leituras de tudo que fui escrevendo e companhia por cada passo do processo.

Aos meus amigos, Karina Gadelha, Jéssica Trindade, Sheilane Carioca, Mayrá Lobato, Fabrícia Ferreira, Gilmário Rebouças, Eleonardo Braga, Felipe Dezidério, Lucas Ribeiro, Joel de Almeida e Max Acioles, que me inspiram enquanto profissionais e trajetórias acadêmicas, foi através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Sobral-CE, onde tudo começou.

As minhas queridas orientadoras, Vaudelice Mota e Maria do Socorro, por todas suas trajetórias na Saúde Pública, por conduzir o processo até aqui, de forma cuidadosa, espirituosa e alegre. Por toda sabedoria e liberdade de escrita. Que sorte a minha!

A queridíssima professora Carmem Leitão, por toda sua sensibilidade e calma, desde a apresentação do pré-projeto, durante suas aulas, na parceria dos processos do Programa de Mestrado e por me apresentar à docência.

Aos meus colegas de linha de pesquisa e orientação, João Vítor e João Neto, com vocês pude compreender e vivenciar essa caminhada em forma de ajuda mútua e aprendizagem.

Aos meus colegas de turma, que apesar de entrarmos no Programa de Mestrado em Pandemia, devido a COVID-19, não deixamos de manter laços, alegrias e dores.

Aos amigos de grupo de pesquisa, como Patrícia Cavalcante e Elizabeth Araújo, por ter sido momentos construtivos e respeitosos, de troca e acolhida.

Ao meu amigo Célio Chaves que abriu sua casa em Sobral-Ce e me recebeu tão bem, durante o período de pesquisa de campo. Por todas as conversas e distrações necessárias.

Aos professores convidados que participaram das bancas de qualificação e defesa, Prof.^a Socorro Dias, Prof. Luciano e Prof. Vicente por contribuírem com a pesquisa e me suscitarem novos aprendizados.

Aos professores do Mestrado de Saúde Pública da UFC, por todos os ensinamentos e contribuição na construção dos novos conhecimentos, por toda dedicação no momento mais difícil, de tomada de decisão para não parar as aulas, mesmo que de forma virtual, enquanto estávamos paralisados por conta da COVID-19. Agradecer também os funcionários, Dominik e Hemison, pelas ajudas administrativas no decorrer do mestrado.

Aos participantes dessa pesquisa, as Mães, as Crianças, Gestores e Profissionais, por terem aceito o convite da participação, pela gentileza e possibilidade de troca de experiência e vivência no Núcleo de Estimulação Precoce.

Aos meus novos amigos que fiz em São Paulo, Larissa Mesquita, Ana Teresa, Rayane Freire, Raissa Lewinter, Felipe Pessoa e Marcos Lima, por toda companhia nessa selva de pedra, chamada São Paulo. E Nay Oliveira por todas as cervejas tomadas para afogar a saudade de Fortaleza.

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma. Até quando o corpo pede um pouco mais de alma. A vida não para. Enquanto o tempo acelera e pede pressa. Eu me recuso faço hora vou na valsa. A vida tão rara. Enquanto todo mundo espera a cura do mal. E a loucura finge que isso tudo é normal. Eu finjo ter paciência. E o mundo vai girando cada vez mais veloz. A gente espera do mundo e o mundo espera de nós. Um pouco mais de paciência. Será que é o tempo que lhe falta pra perceber. Será que temos esse tempo pra perder. E quem quer saber. A vida é tão rara, tão rara. (Lenine).

RESUMO

Em 2015, após o aumento súbito do número de casos de Microcefalia no Brasil, o Ministério da Saúde do Brasil associou esta malformação à transmissão vertical do vírus Zika. Em 2016, foi decretado Estado de Emergência Internacional em Saúde Pública pela Organização Mundial da Saúde. No Ceará, a Secretaria da Saúde designou seis hospitais e Policlínicas, das 5 macrorregiões, para receber os casos suspeitos e posterior encaminhamento para as intervenções necessárias. Esta pesquisa desenvolveu-se em caráter descritivo com abordagem metodológica qualitativa, centrado na Pesquisa Avaliativa. A pesquisa aconteceu na Policlínica Bernardo Félix da Silva, no Núcleo de Estimulação Precoce, em Sobral. Foram selecionados profissionais e gestores que atuam no NEP, como também mães/cuidadores das crianças com Microcefalia. Foi realizada a análise de 06 prontuários de crianças que estavam em acompanhamento terapêutico no segundo semestre de 2021 e o painel de indicadores do NEP de julho a setembro de 2021. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 03 profissionais na categoria Fisioterapia, Fonoaudiologia e Assistente Social; 04 mães de crianças atendidas no serviço e 01 gestor da Policlínica. No tratamento das informações, se realizou um agrupamento com categorização dos discursos. Para Implantação do NEP, com relatos significantes para os entrevistados, devido ao acesso a saúde que as crianças passaram a receber; Fragilidades e Potencialidades do NEP, sendo citadas infraestrutura, facilidade de marcação de consultas, fragilidade para licitações de materiais e contratações de novo profissionais, assim como a continuidade do apoio técnico-científico do Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce; Perfil socioeconômico das crianças com Microcefalia assistidas no NEP, evidenciou a falta de trabalho por parte das mães, pois se dedicavam integral aos cuidados dos filhos, mostrando também a importância do BPC, suas condições educacionais precárias, assim como o cuidado a saúde; Operacionalização do NEP corroborando com a coordenação e ordenação da atenção básica, para os devidos encaminhamentos para marcação/agendamento no NEP, e Acompanhamento Terapêutico no NEP, foi em suma avaliado por todos os entrevistados como um avanço para o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças em atendimentos, mesmo com números menores e tempo por faixa

etária de atendimentos que as mães solicitam, com um espaço físico improvisado, porém, acolhedor e espaçoso para a demanda. É ainda preciso pensar em melhorias e avanços para esta população, como aumento de serviços dentro da rede de saúde, principalmente para novas síndromes e/ou transtorno do espectro autista, a importância de haver educação permanente para os profissionais, a necessidade de contratação ou concurso público com salários compatíveis ao mercado. O financiamento para que o serviço seja ampliado, pensar em forma de cuidado de saúde para as mães/cuidadores, trabalho, renda e lazer. Outro fator que está velado é a educação básica dessa população, a dificuldade de matrícula e de manter dentro da escola. O transporte sanitário de qualidade e com tempo de espera mais estratégico para o ir e vir.

Palavras-chave: regionalização; serviços de saúde; acesso aos serviços de saúde; qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde; microcefalia.

ABSTRACT

In 2015, after the sudden increase in the number of cases of microcephaly in Brazil, the Brazilian Ministry of Health associated this malformation with vertical transmission of the Zika virus. In 2016, a State of International Public Health Emergency was declared by the World Health Organization. In Ceará, the Health Secretariat designated six hospitals and polyclinics, from the 5 macro-regions, to receive suspected cases and subsequent referral for the necessary interventions. This research was developed descriptively with a qualitative methodological approach, centered on Evaluative Research. The research took place at the Bernardo Félix da Silva Polyclinic, at the Precocious Stimulation Nucleus, in Sobral. Professionals and managers who work in the NEP were selected, as well as mothers/caregivers of children with microcephaly. The analysis of 06 medical records of children who were undergoing therapeutic follow-up in the second half of 2021 and the panel of NEP indicators from July to September 2021 were carried out. Semi-structured interviews were carried out with 03 professionals in the category Physical Therapy, Speech Therapy and Social Worker; 04 mothers of children treated at the service and 01 Polyclinic manager. In the treatment of information, a grouping with categorization of speeches was carried out. For the Implementation of the NEP, with significant reports for the interviewees, due to the access to health that the children started to receive; Weaknesses and Potentialities of the NEP, citing infrastructure, ease of scheduling appointments, fragility for bids for materials and hiring of new professionals, as well as the continuity of technical-scientific support from the Center for Treatment and Early Stimulation; Socioeconomic profile of children with Microcephaly assisted in the NEP, evidenced the lack of work on the part of the mothers, as they were fully dedicated to the care of the children, also showing the importance of the BPC, their precarious educational conditions, as well as health care; Operationalization of the NEP, corroborating with the coordination and ordering of primary care, for the due referrals for marking/scheduling in the NEP, and Therapeutic Accompaniment in the NEP, was, in short, evaluated by all respondents as a step forward for the neuropsychomotor development of children in consultations, even with smaller numbers and time per age group of consultations that mothers request, with an improvised physical space, however, welcoming and spacious

for the demand. It is still necessary to think about improvements and advances for this population, such as an increase in services within the health network, mainly for new syndromes and/or autism spectrum disorder, the importance of having permanent education for professionals, the need for hiring or competition public with salaries compatible with the market. Financing for the service to be expanded, thinking about a form of health care for mothers/caregivers, work, income and leisure. Another factor that is veiled is the basic education of this population, the difficulty of enrolling and keeping in school. Quality healthcare transport with a more strategic waiting time for coming and going.

Keywords: regionalization; health services; access to health services; quality, access and evaluation of health care; microcephaly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de notificação, diagnóstico e encerramento dos casos pela vigilância epidemiológica.....	36
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades de Referência para atendimento/diagnóstico dos casos suspeitos de microcefalia.....	38
Tabela 2 - Categorização de prontuários das crianças atendidas no NEP. Elaboração própria.....	55
Tabela 3 - Análise do painel de indicadores do NEP, do período de julho a setembro de 2021. Elaboração própria.....	58
Tabela 4 - Categorização da transcrição dos materiais coletados através das entrevistas com os sujeitos da pesquisa. Elaboração própria.....	91

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADS	Área de Descentralização de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
COPAS	Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde
COPROM	Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
COSEMS	Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará
COVID	Coronavírus
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
EP	Estimulação Precoce
ESF	Estratégia Saúde da Família
HRN	Hospital Regional Norte
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NEP	Núcleo de Estimulação Precoce
NUESP	Núcleo de Atenção Especializada
NUTEP	Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Perímetro Cefálico
PL	Projeto de Lei

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Recém-nascido
SAI	Serviço de Atendimento Infantil
SCZ	Síndrome Congênita do Zika Vírus
SESA	Secretaria de Saúde do Ceará
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SNC	Sistema Nervoso Central
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tecnologia Assistida
TAN	Triagem Auditiva Neonatal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TON	Triagem Ocular Neonatal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
ZIKV	Zika Vírus

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. OBJETIVOS.....	24
2.1 OBJETIVO GERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO	25
3.1 HISTÓRICO DO ZIKA VÍRUS NO BRASIL.....	26
3.2 AÇÕES DO PODER LEGISLATIVO E EXECUTIVO BRASILEIRO PARA O ENFRENTAMENTO DO ZIKA VÍRUS.....	28
3.3 PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE À OCORRÊNCIA DE MICROCEFALIA.....	30
3.4 DIRETRIZES DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE	33
3.4.1 Desenvolvimento da criança (Zero a 3 anos).....	35
3.5 A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO CEARÁ NO ENFRENTAMENTO À SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS (SCZV).....	38
3.5.1 A descentralização como diretriz estratégica no atendimento à síndrome congênita do Zika vírus	41
3.6 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RASs)	43
3.7 O ACESSO À SAÚDE	46
3.8 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	47
4. PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	49
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	50
4.3 SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	50
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES.....	51
4.5 TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES	53

4.6 ASPECTOS ÉTICOS	55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	85
ANEXO C - CATEGORIZAÇÃO DA TRANSCRIÇÃO DOS MATERIAIS COLETADOS ATRAVÉS DAS ENTREVISTAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA	93
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA BUSCA DE DOCUMENTOS	103
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIO	104
APÊNDICE C - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS DA ENTREVISTA AOS GESTORES DO NEP	105
APÊNDICE D - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE INFORMAÇÕES GERAIS	107
APÊNDICE E - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM AS MÃES/CUIDADORES	109
APÊNDICE F - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	110

1. INTRODUÇÃO

Em 2015, após o aumento súbito do número de casos de Microcefalia no Brasil, o Ministério da Saúde do Brasil associou esta malformação à transmissão vertical do vírus Zika. Diante da epidemia, em 2016, foi decretado Estado de Emergência Internacional em Saúde Pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em abril do mesmo ano, pesquisas confirmaram que a infecção pelo vírus Zika poderia levar a outras morbidades além da microcefalia, como epilepsia, deficiências auditivas e visuais, sendo denominada de Síndrome Congênita pelo Vírus Zika (SCZ) (BOSAIPO, 2019). Outro fator a ser revelado pelas autoridades de saúde, em estudos a época, foi uma associação do vírus Zika a casos de microcefalia congênita e a síndrome Guillain-Barré (BRASIL, 2016).

A fim de obter dados epidemiológico mais fidedignos e que não houvesse subnotificações em respeito a malformação congênita, o departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) visando reunir essas informações epidemiológicas referentes aos nascimentos em todo território nacional, desenvolveu através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) um campo para preenchimento sobre a malformação congênita. Porém, muitas vezes, a declaração de nascido vivo não é preenchida corretamente, gerando a omissão de informação em determinados casos (BRASIL, 2016).

Sabe-se que a microcefalia é uma condição neurológica associada à redução do perímetro cefálico e do cérebro, e de acordo com o Ministério da Saúde, houve uma alteração da medida determinante do perímetro cefálico para diagnóstico de microcefalia, passando a ser 31,9 cm para menina e 31,5 cm para meninos. O propósito da alteração é padronizar as referências cefálicas para todos os países, valendo para bebês nascidos com 37 ou mais semanas de gestação (PERUCCI, 2015; BRASIL 2016).

De modo, que esta redução da circunferência da cabeça da criança gera-se uma hipertrofia muscular acompanhada de crises convulsivas, paralisia e atraso mental, o que compromete consideravelmente o desenvolvimento da criança (BRASIL, 2016). Assim, trazendo atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com acometimento cognitivo em cerca de 90% dos casos,

podendo também comprometer as funções sensitivas. Outro fator importante, é que as características clínicas da microcefalia com os acometimentos no desenvolvimento da criança aumentam as demandas por cuidados (BOSAIPO, 2019).

Em razão do cenário de urgência dado pelo significativo aumento de casos de microcefalia em função da infecção pelo vírus Zika, o Governo Federal, em dezembro de 2015, lança o Plano de Ação Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, com o objetivo de ajudar aos profissionais da Atenção Básica (unidades básicas de saúde, Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF) e da Atenção Especializada (Atenção Domiciliar, Hospitalar, Ambulatórios de Especialidades e de Seguimento do Recém-Nascido, e Centros Especializados em Reabilitação), no trabalho de estimulação precoce às crianças de zero a 3 anos de idade com microcefalia e, portanto, com alterações ou potenciais alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, e em seus efeitos relacionais e sociais (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em relação a estimulação precoce pode ser definida como um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas – entre as quais, a microcefalia –, buscando o melhor desenvolvimento possível, por meio da mitigação de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê e na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A Diretriz de Estimulação Precoce para Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia, consiste em promover orientações específicas aos profissionais de saúde quanto ao acompanhamento e ao monitoramento do desenvolvimento infantil, bem como orientar profissionais da reabilitação (fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, entre outros), que atuam em diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para realização de estimulação precoce, matriciamento às equipes de saúde e orientação às

famílias de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia e/ou outros agravos (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O acolhimento e o cuidado a essas crianças e a suas famílias são essenciais para que se conquiste o maior ganho funcional possível nos primeiros anos de vida, fase em que a formação de habilidades primordiais e a plasticidade neuronal estão fortemente presentes, proporcionando amplitude e flexibilidade para progressão do desenvolvimento nas áreas motoras, cognitiva e de linguagem (MARIA-MENGEL; LINHARES, 2007).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia. A nível estadual, no Ceará, a Secretaria da Saúde designou seis hospitais e Policlínicas, das 5 macrorregiões, para receber os casos suspeitos e posterior encaminhamento para as intervenções necessárias, como: Macro Fortaleza/ Sertão Central/ Litoral Leste para o Hospital Martiniano de Alencar, Hospital Infantil Albert Sabin, Policlínica de Caucaia e Policlínica de Pacajus; Macro Sobral para Policlínica de Sobral; e Macro Cariri para Policlínica de Barbalha (CEARÁ, 2017).

Um dos principais equipamentos de saúde para continuidade do acesso ao cuidado dos pacientes com Microcefalia decorrente do vírus Zika é a Policlínica, por meio da implantação Núcleo de Estimulação Precoce (NEP), inseridos na atenção especializada, que se dá por intermédio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), através do sistema de referência.

Atualmente, o Sistema de Saúde do Ceará é organizado através do Decreto nº 33.603, de 22 de maio de 2020, por meio da regionalização, configurando-se em 22 Áreas de Descentralização de Saúde (ADS) e 5 Superintendência de Saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri).

É importante destacar para esta pesquisa foi abordado o contexto da ADS de Sobral, que é composta por 24 municípios, com um total populacional

de 629.957 habitantes. A policlínica da ADS de Sobral, Bernardo Félix da Silva, conta com 13 especialidades médicas e não médicas. Chega a 103 o total de profissionais. Desse número, 29 são médicos especialistas; 10 profissionais de nível superior, 29 de nível médio e 35 da área administrativa e técnicos.

A motivação desta pesquisa se deve a minha atuação durante os anos de 2017 a 2020, enquanto fonoaudióloga no âmbito do Hospital Regional Norte (HRN), no eixo pediátrico, localizado no Município de Sobral, cidade polo da Superintendência da Região Norte. Este Hospital é de Alta Complexidade, referência para Região Norte do Ceará, onde observei a demanda de pacientes com Microcefalia que ao receberem alta hospitalar, por algumas vezes, se perdiam no fluxo de referência da continuidade do cuidado e do acesso à saúde.

Diante deste cenário, surgem alguns questionamentos por essa dificuldade de continuidade do cuidado e do acesso à saúde, por meio do NEP, como: “os municípios estão fazendo a referência para o serviço especializado?”, “existe garantia de transporte sanitário?”, “a rede de atenção instituída para a Região de Sobral garante o acesso?”. Surge, então, o interesse em busca de respostas através da avaliação de implantação da intervenção do Núcleo de Estimulação Precoce, como estratégia para o atendimento a SCZ, na Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Sobral, no norte do Estado do Ceará. Vale lembrar que estratégia é compreendida aqui, segundo o pensamento de Morin (2002):

[...] baseia-se não só em decisões iniciais de desencadeamento, mas, também, em decisões sucessivas, tomadas em função da evolução da situação, o que pode provocar modificações na cadeia, e até na natureza das operações previstas. Em outras palavras, a estratégia constrói-se em função dos contra-efeitos, das reações que perturbam a ação iniciada.

Conforme Furtado (2012), avaliações devem ser realizadas quando a simples observação ou o acompanhamento rotineiro de um dado serviço são insuficientes para responder às indagações sobre um ou mais aspectos. Este autor complementa, a função primordial da avaliação de programas e serviços em nosso setor é produzir saúde, essa é a ética que deve guiar as iniciativas em avaliação.

A importância deste estudo faz-se principalmente da relevância do potencial transformador da avaliação, aqui compreendida como uma prática social, como uma maneira sistemática de aprender por meio de experiências e utilizar este aprendizado para melhorar as atuais atividades e promover um melhor planejamento, escolhendo cuidadosamente entre as alternativas para as ações futuras (SERAPIONI et al., 2013). Portanto, proponho o compromisso com a produção de conhecimento, produção de saúde e transformação da realidade.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação da intervenção do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP), para o atendimento às crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), na área descentralizada de saúde (ADS) de Sobral.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar análise documental dos principais documentos de implantação do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP);
- Identificar as fragilidades e potencialidades do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP);
- Traçar o perfil socioeconômico das crianças com Microcefalia assistidas pela Policlínica, por meio da análise dos prontuários;
- Identificar a operacionalização do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP) a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde;
- Compreender a percepção das mães/cuidadores do acompanhamento terapêutico.

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

Inicialmente, para o levantamento de informações foi realizado um processo de recuperação das informações em saúde, através do modelo de estratégia de busca em bases de dados científicas, para isto foi utilizado um vocabulário controlado, em forma de tesouro, como Medical Subject Headings (MESH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

A estratégia de busca foi feita de forma combinada entre descritores e linguagem natural. Com a necessidade de expandir os resultados de busca e obter uma estratégia mais ampla e sensível, se utilizou a estratégia TQO, estruturada a partir de três categorias: o tema, representado pelo assunto principal da pesquisa; o qualificador, representado pelas características ou situações relacionadas ao tema ou objeto de pesquisa e, por fim, o objeto representado por um indivíduo, população, instituição, dispositivo, procedimento etc (Araújo, 2020). Assim, o tema selecionado para esta busca se deu em regionalização/redes de atenção/descentralização; o qualificador como acesso à saúde; e a população estudada, crianças com Microcefalia.

A utilidade deste modelo justifica-se pela constatação de que a revisão de literatura: permite a avaliação da literatura disponível, fornecendo o estado da arte em um tópico específico e fornecendo uma visão geral de quais são os pontos fortes da área de interesse e quais são os pontos fracos que precisam ser aprimorados (Marcos-Pablos e García-Peñalvo, 2018).

Os descritores em saúde encontrados e selecionados em português e inglês respectivamente, após a estratégia descrita acima, para a construção da revisão integrativa foram: “regionalização”, “*regional health planning*”; “serviços de saúde”, “*health services*”; “acesso aos serviços de saúde”, “*health service accebility*”; “qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde”, “*health care quality, access and evoluaction*”; e “microcefalia”, “*microcelhaly*”. Os descritores foram combinados entre si com o operador booleano “*and*”. O levantamento foi feito entre agosto e dezembro de 2020 nas seguintes bases de dados: Medline/PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram incluídos estudos disponíveis online em português ou inglês, com delimitação temporal

dos últimos cinco anos, equivalente aos anos de 2015 a 2020, no Brasil, sendo pré-selecionados 89 artigos e após a leitura dos resumos, foram escolhidos 19 artigos.

Assim, proporcionando uma aproximação com o objeto e tema de pesquisa. A seguir, estão elencados os assuntos pertinentes para a construção desta pesquisa, perpassando pela história do Zika Vírus e as ações do poder legislativo brasileiro, Ministério da Saúde e a nível estadual, no caso do Ceará.

3.1 HISTÓRICO DO ZIKA VÍRUS NO BRASIL

O Zika vírus (ZIKV) do gênero *Flavivirus*, foi isolado pela primeira vez ao final da década de 1940, em um macaco, em floresta da Uganda. Sua transmissão foi descrita em humanos apenas em 1952, no continente africano, onde circulou de forma restrita por cerca de 30 anos (Wikan e Smith, 2016).

Estudos revelam que a circulação do ZIKV emergiu no Brasil em meados de 2014, devido a Copa do Mundo (Faria et al., 2016). Em 2015, o estado brasileiro notificou os primeiros casos humanos autóctones, com esse arbovírus. Bahia e Rio Grande do Norte foram os primeiros estados da federação a notificar casos de infecção (Cardoso et al., 2015).

A forma mais comum de transmissão do ZIKV é pela picada de mosquitos fêmeas infectadas do gênero *Aedes*, sendo esse inseto principal vetor no Brasil, o que gera um alerta maior para Saúde Pública no país, haja vista a existência de doenças endêmicas como Dengue e Chikungunya transmitidas pelo mesmo patógeno.

Constata-se que em território brasileiro, o vetor do Zika Vírus encontra condições climáticas e ambientais favoráveis à sua disseminação e reprodução, fato comprovado por sua presença em todo Brasil (Ministério da Saúde, 2015). Foram mais atingidas as mães jovens, solteiras, com baixa escolaridade, pardas ou negras e pobres, residentes de bairros mais desfavorecidos e com condições precárias de vida (Butler, 2016).

Os sintomas aparecem poucos dias após a picada do mosquito, duram de três a 12 dias e incluem febre baixa, artralgia, mialgia, cefaleia,

conjuntivite e erupção maculopapular (Zanluca et al., 2015). O paciente pode desenvolver ainda uma síndrome de origem autoimune e ordem neurológica, denominada Guillain-Barré, causando fraqueza muscular generalizada e paralisia (Oehler et al., 2013).

Com o aumento dos casos, constatou-se a associação entre mulheres infectadas com Zika Vírus durante a gravidez e o nascimento de crianças com características para Microcefalia, causando uma elevada incidência e passou a ser chamada Síndrome Congênita do Zika Vírus.

No final de novembro de 2015, foi confirmada a relação direta entre a infecção por ZIKV, durante a gravidez e a epidemia de microcefalia (ABRASCO, 2016). O que aumenta a necessidade urgente de implementação de vigilância sanitária relacionada a essa infecção (Oliveira et al., 2016).

O Ministério da Saúde (MS) decretou Emergência em Saúde Pública em novembro de 2015 e lançou o plano de enfrentamento à microcefalia em dezembro do mesmo ano. Em fevereiro de 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou a situação emergencial de importância internacional e a notificação compulsória da doença devido à constatação da dispersão dos casos de microcefalia (ABRASCO, 2016) (Diniz, 2017).

A ligação entre doenças endêmicas como Dengue e Chikungunya, e o surgimento do Zika Vírus, constituiu mais um desafio ao Sistema de Saúde Pública no Brasil, pois os serviços de saúde poderiam entrar em crise, devido às necessidades que emergem dos comprometimentos causados pelas transmissões das doenças, que por vezes, podem ser concomitantes, podendo demandar uma oferta maior desses serviços de saúde, bem como atualizações nas formas dos processos de trabalhos.

Por conta da inesperada chegada do ZIKV, os profissionais de saúde, comunidade científica e formuladores de políticas não estavam preparados para este agravo, o que explica a confusão de informações e conhecimento escasso para o desenvolvimento de ações e para atender a população, dificultando a tomada de decisões, como por exemplo: na avaliação do perímetro cefálico, houve uma constante elaboração de protocolos com diferentes medições,

causando no sistema de informação de saúde, subnotificações e sobrenotificações de casos (Victora et al., 2016).

Segundo dados epidemiológicos, a partir do levantamento dos acompanhamentos clínicos, a taxa de infecção no Brasil é de 29% (Cauchemez et al., 2016). Com as incertezas causadas pelos divergentes protocolos de notificação dos casos de gestantes com a infecção, os dados epidemiológicos, por vezes, são falhos. Entretanto, as notícias sobre a epidemia causaram um alerta para mulheres com desejo de engravidar, no período, mais especificamente para mulheres de classe social mais favorecida. E por outro lado, há evidências de gestações de riscos em mulheres com baixa escolaridade ou marginalizadas, com a tendência de dificuldade de acessos ao planejamento familiar (Camargo, 2016).

Considerando a crise política que se vive no país, ainda mais se tratando de recurso público para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este já subfinanciado (Camargo, 2016). A chegada de uma epidemia acarreta aumento de subsídios para o custeio das ações a serem desenvolvidas, seja em pesquisas científicas ou mesmo em ofertas de serviços de saúde, que mesmo em um cenário de defasagem, o SUS mostrou prontamente contribuições para o enfrentamento do agravo causado pelo Zika Vírus, podendo destacar as manifestações clínicas, os comprometimentos de saúde provocados e a organização da oferta de serviços de saúde para a população.

3.2 AÇÕES DO PODER LEGISLATIVO E EXECUTIVO BRASILEIRO PARA O ENFRENTAMENTO DO ZIKA VÍRUS

A concretização das políticas públicas passa a apresentar aspectos que possuem um papel substancial para a população, para a integração dos indivíduos e para a solução de diversos problemas, principalmente quando se trata de saúde pública, a qual é um direito garantido às pessoas independentemente de classe social (Luz, 1991).

O nordeste do Brasil foi o cerne da microcefalia. Trata-se de um cenário composto de incerteza, aflição, angústia e da ameaça global, ainda mais associada às dificuldades enfrentadas principalmente pelas mulheres e seus filhos (Diniz, 2016). O assunto da microcefalia pelo Zika Vírus, como problema de saúde pública, deve ser abordado de forma macro, com o objetivo de entender o seu impacto e repercussão, mas não se pode excluir a exploração do micro, para assim, entender as singularidades e o que está acontecendo com as pessoas que foram acometidas com o problema.

No período de janeiro de 2015 a julho de 2017, foram identificados 27 Projetos de Lei (PL), e uma Medida Provisória (MP) nº 712/16 que se tornou a Lei Ordinária nº 13.301/2016 (BRASIL, 2016).

Pode-se ressaltar o PL nº 4.587 de 2016, que obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a distribuir produtos repelentes eficazes contra o *Aedes aegypti* para todas as mulheres durante o período gestacional e de amamentação. Já o PLS nº 72 de 2016 assegura o direito das gestantes receberem gratuitamente repelente do mosquito *Aedes aegypti* (BRASIL, 2016).

De acordo com alguns projetos de lei, destaca-se que há exames realizados de forma rápida e com viabilidade de custo, por exemplo, testes sorológicos que possuem o objetivo de diagnosticar se a criança foi infectada ou não pelo Zika Vírus. Por esse motivo, é essencial a obrigatoriedade desses exames e sua cobertura, além de garantir um pré-natal adequado com o propósito de fornecer um tratamento de qualidade às crianças afetadas a partir do diagnóstico (BRASIL, 2016).

É importante salientar que foram implementadas diversas ações de vigilância em saúde em relação à microcefalia pelo Zika Vírus, dentre elas está a Lei nº 13.301 de 2016, que adota medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus e o Projeto de Lei nº 5.997 de 2016, que está relacionado ao controle com armadilhas de ovillanta, feitas com a reutilização de pneus (BRASIL, 2016).

Para a melhoria da situação causada pela Microcefalia pelo Zika Vírus, o Plano Nacional traz a Portaria nº 3, de 11 de janeiro de 2016, que expõe

a necessidade do desenvolvimento tecnológico na educação e na pesquisa, com isso, as capacitações ofertadas aos profissionais frente ao problema discutido serão realizadas de forma mais rápida e as pesquisas terão um melhor investimento. Percebe-se que é fundamental o incentivo às pesquisas científicas e avanços nas tecnologias de vigilância, com a contribuição da população e dos entes federados (BRASIL, 2016).

Para Barbosa e De Bem (2018), a microcefalia é uma temática causadora de uma nova estrutura social. Pois se trata de um transtorno neuropsicomotor em crianças com prejuízo no desenvolvimento, principalmente nos primeiros anos de vida, de 0 a 3 anos, trazendo desafios para seus familiares, no que se diz respeito ao aporte financeiro, apoio da equipe de saúde e reabilitação, e mercado de trabalho. Já que para as crianças com Microcefalia o cerne da questão é a estimulação precoce para uma melhor qualidade de vida. Com isso, torna-se fundamental que as ações governamentais beneficiem as pessoas que convivem com esse problema de saúde pública.

3.3 PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE À OCORRÊNCIA DE MICROCEFALIA

Enquanto não havia divulgação de protocolo de atenção à saúde para crianças com Microcefalia, sobretudo as diagnosticadas com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), apesar da evidencia de que o diagnóstico de Microcefalia não pode se basear apenas na medição do perímetro cefálico (Marinho et al., 2016), os parâmetros utilizados nas triagens neonatal seguiam os mesmos critérios desde o primeiro caso notificado (Lesser, 2016). Ressaltando que no Brasil, três protocolos oficiais para notificação de casos afetados por ZIKV foram divulgados desde 2015 (Mocelim et al., 2019).

Frente à situação de emergência posta no país e o grau de comprometimento que a Microcefalia impacta na qualidade de vida das crianças e famílias ou causa um possível aumento da mortalidade neonatal infantil, o Ministério da Saúde e as instituições envolvidas na resposta a esse evento elaboraram um protocolo com orientações para a atenção à saúde das mulheres

e assistência aos casos de microcefalia (BRASIL, 2016). Com o objetivo de orientar os profissionais da saúde, com foco em saúde reprodutiva, assistência aos recém-nascidos com microcefalia, a importância da estimulação precoce e a reabilitação das crianças com microcefalia com ou sem alterações do sistema nervoso central (BRASIL, 2016).

A microcefalia é caracterizada por um perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo, e pode ser associada a malformações estruturais do cérebro ou ser secundária a causas diversas (BRASIL, 2016). Em geral, as crianças apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com acometimento motor e cognitivo relevante e, em alguns casos, as funções sensitivas (audição e visão) também são comprometidas.

De acordo com o protocolo, algumas ações devem ser praticadas na atenção à saúde das mulheres, como por exemplo:

[...] as equipes de saúde devem considerar o combate ao mosquito *Aedes aegypti* como ação prioritária no seu campo de atuação. No âmbito da atenção à saúde, além das ações de educação em saúde, devem-se ampliar as ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva, a oferta de métodos contraceptivos, as visitas domiciliares para orientação à população e o acompanhamento das mulheres grávidas e no período pós-parto, além da assistência aos recém-nascidos suspeitos de microcefalia (BRASIL, 2016).

No tocante da interação da equipe de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de apoio à Família (NASF):

[...] os profissionais do NASF podem auxiliar as equipes de Saúde da Família na atenção integral durante o pré-natal, participando de discussões de casos, momentos de educação permanente, consultas conjuntas, reunião de grupos e visitas domiciliares, entre outras funções. Podem auxiliar também na identificação, no acolhimento e no atendimento às gestantes e pais/parceiros que apresentam sofrimento emocional ou mental durante a gestação (BRASIL, 2016).

Também é importante a adequada identificação de vulnerabilidade social e o encaminhamento para acolhimento e atendimento da mulher em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) (BRASIL, 2016).

Os cuidados na atenção à saúde do recém-nascido (RN), lactente e criança com microcefalia, deve-se iniciar de imediato, com a medição do perímetro cefálico e, caso constatado, encaminhar para realização de exames laboratoriais e exames complementares. Como também o exame físico do recém-nascido incluindo exame neurológico detalhado, conforme preconizado

em Atenção à Saúde do Recém-Nascido - Guia para Profissionais de Saúde (Biblioteca Virtual em Saúde, 2011).

Os exames complementares são indicados para definir a causa de microcefalia e se é acompanhada de alterações neurológicas. Além disso, objetiva identificar causas da microcefalia que tenham tratamento como, por exemplo, toxoplasmose, sífilis e infecção pelo citomegalovírus (BRASIL, 2016).

A microcefalia é um indicador de risco para algumas alterações do desenvolvimento neuropsicomotor e do comportamento, e por isso a importância da realização das triagens neonatais, “teste do pezinho”, “orelhinha” e “olhinho”; para uma detecção precoce. Ressalta-se que nem a alta do RN nem o encaminhamento para estimulação precoce devem ser adiados por causa de realização de exame de imagem, podendo ele ser agendado para realização ambulatorial (BRASIL, 2016). Porém, é imprescindível durante a alta do recém-nascido, que os profissionais de saúde devam:

[...] registrar na Caderneta de Saúde da Criança as informações relativas ao cuidado prestado ao recém-nascido, com destaque para a nova medida do PC e exame neurológico, bem como exames laboratoriais e de imagem, triagens neonatais e exame do fundo de olho, se realizados. Transcrever no espaço destinado a anotações, um relatório sucinto das condições de saúde do RN sob suspeita ou com microcefalia, orientar a família quanto ao agendamento na Atenção Básica para acompanhamento de puericultura, encaminhar para estimulação precoce e orientar para comparecer a um CRAS, para acompanhamento com vistas ao apoio e proteção social da criança e da família (BRASIL, 2016).

Para o seguimento do bebê recém-nascido, conforme o Caderno de Atenção Básica nº 33: Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento, todos os bebês com confirmação de microcefalia devem manter as consultas de Puericultura na Atenção Básica (Biblioteca Virtual em Saúde, 2012). Além disso, devem ser encaminhados para estimulação precoce em serviço de reabilitação.

A vinculação com a Unidade Básica de Saúde é fundamental para este acompanhamento, mesmo que a criança necessite ser acompanhada também em serviço especializado. O atendimento na Atenção Básica e na Atenção Especializada, de forma compartilhada, faz com que essas crianças sejam mais bem assistidas e as famílias amparadas (BRASIL, 2016).

Segundo o protocolo de atenção à saúde e respostas à ocorrência de microcefalia, cabem aos gestores as seguintes demandas:

[...] as secretarias municipais e estaduais de saúde identificar e disponibilizar serviços necessários e organizar uma rede de atenção às crianças nascidas com microcefalia, com especificação e divulgação das ações e serviços prestados e especificação de fluxos que aproximem essas ações e serviços o mais próximo possível da residência familiar, e indicar o serviço de Atenção Domiciliar para os casos definidos na Portaria MS/GM nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine as atribuições da atenção domiciliar no âmbito do SUS. Também, articular as ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) com os do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), de modo a harmonizar e integrar, potencializando, assim, as respectivas ações e serviços (BRASIL, 2016).

E compete aos gestores estaduais do SUS:

[...] pactuação com os gestores municipais nas respectivas Comissões Intergestores Bipartites (CIB), definirem qual(ais) estabelecimento(s) de saúde será(ão) autorizado(s) a emitir o laudo médico circunstanciado de casos com diagnóstico conclusivo de microcefalia com repercussão neuropsicomotora, visando à instrução eventual do processo, no SUAS, de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para as crianças, em conformidade com o Decreto nº 8.691, de 14 de março de 2016 (BRASIL, 2016).

3.4 DIRETRIZES DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Como ação do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, lançado pelo Governo Federal em dezembro de 2015, foram instituídas diretrizes de estimulação precoce com o seguinte objetivo:

[...] oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado de crianças, entre zero e 3 anos de idade; voltadas às ações de estimulação precoce do desenvolvimento neuropsicomotor, principalmente em casos de alterações decorrentes da Síndrome Congênita do Vírus Zika. Tais orientações dirigem-se aos profissionais da Atenção Básica (unidades básicas de saúde, Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Nasf) e da Atenção Especializada (Atenção Domiciliar, Hospitalar, Ambulatórios de Especialidades e de Seguimento do Recém-Nascido, e Centros Especializados em Reabilitação) (Ministério da Saúde, 2016).

As ações e serviços de saúde dos Estados e Municípios, portanto, devem ser organizados numa relação integrada, dinâmica e horizontal. Todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) têm papel estratégico no cuidado à infância, pois é justamente na capacidade de articulação entre eles que se dá a garantia do acesso e da integralidade do cuidado à saúde. Para isso, os fluxos

e a comunicação entre eles devem ser pactuados pela gestão e compreendidos pelos profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2016).

No caso específico das crianças afetadas pelo vírus Zika, fica ainda mais evidente a necessidade a articulação entre os Centros Especializados em Reabilitação e a Atenção Básica, facilitando o acolhimento e o cuidado a essas crianças e a suas famílias, pois são essenciais para que se conquiste o maior ganho funcional possível nos primeiros anos de vida, fase em que a formação de habilidades primordiais e a plasticidade neuronal estão fortemente presentes, proporcionando amplitude e flexibilidade para progressão do desenvolvimento nas áreas motoras, cognitiva e de linguagem (Maria-Mengel e Linhares, 2007).

No que se refere ao cuidado às crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor na Atenção Básica:

[...] tem como uma das suas atribuições o acompanhamento do desenvolvimento das crianças de seu território. Assim, é de responsabilidade sanitária das equipes de Atenção Básica atentar-se à vigilância e o cuidado, no pré-natal, visita puerperal, imunização, consultas de crescimento e desenvolvimento, favorecendo o vínculo e a identificação precoce de situações que necessitam ser acompanhadas de forma regular e sistemática (Ministério da Saúde, 2016).

Para os Serviços Especializados em Reabilitação, o cuidado às crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor fica de responsabilidade:

[...] 1. Produzir em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades funcionais de cada criança; 2. Garantir que a indicação de dispositivos assistivos sejam bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente; 3. Melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social (Ministério da Saúde, 2016).

É importante salientar as articulações e coordenação dos serviços especializados em Reabilitação com os demais pontos de atenção dentro da Rede de cuidados às pessoas com deficiência, pois é de responsabilidade estabelecer fluxos e práticas à saúde contínua, realizar ações de apoio clínico-assistencial na atenção básica no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de

casos, quando necessário e com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença para dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência (Ministério da Saúde, 2016).

Outro ponto de assistência é o transporte sanitário para utilização das famílias de crianças que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos (Ministério da Saúde, 2016).

3.4.1 Desenvolvimento da criança (Zero a 3 anos)

Há consenso na literatura especializada de que o desenvolvimento da criança não depende apenas da maturação do sistema nervoso central (SNC), mas também de vários outros fatores: biológicos, relacionais, afetivos, simbólicos, contextuais e ambientais. Pode-se dizer que a aquisição de marcos de desenvolvimento pelas crianças depende do funcionamento do SNC e de outras dimensões do funcionamento orgânico, bem como da carga e da qualidade dos estímulos e das relações que a criança vivencia (Ministério da Saúde, 2016).

Ao nascer, a audição do bebê é reflexa, mas, a partir do momento em que a criança está exposta a estímulos auditivos variados, iniciam-se as experiências auditivas e as respostas comportamentais aos sons (Russo, 2001). Colaborando com a importância da estimulação precoce, dentro do período de 0 a 3 anos, é durante esse período, o sistema auditivo central encontra-se permeável às modificações, que dependerão da quantidade e da qualidade dos estímulos ofertados e captados; por isso, é fundamental a detecção precoce de qualquer alteração neste sistema (Northern; Downs, 2005).

Para que haja a detecção precoce de possíveis alterações no desenvolvimento nas áreas motoras, cognitiva e de linguagem, fica instituído aos neonatos: Triagem Auditiva Neonatal e Triagem Ocular (BRASIL, 2012) (BRASIL, 2013). As diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal (BRASIL,

2012a), orientam a utilização de procedimentos simples e rápidos, a fim de que se possa detectar, ainda no primeiro mês de vida do neonato, uma possível perda auditiva, o que possibilitará realizar o diagnóstico aos 3 meses e, então, iniciar o processo de reabilitação até os 6 meses de vida da criança.

Com relação às Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância, a Triagem Ocular Neonatal (TON) as orientações são para a utilização de procedimentos simples e rápidos, a fim de que se possa detectar, ainda no neonato, uma possível alteração visual, possibilitando a identificação precoce de deficiências visuais, o diagnóstico e, caso haja alguma alteração, iniciar o processo de reabilitação da criança (BRASIL, 2013).

Além de detectar precocemente as alterações descritas acima, se faz necessário um olhar para outros comprometimentos, pois crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika podem apresentar alteração de tônus, com variabilidade na manifestação motora. Essas crianças comumente apresentam atraso motor e, na presença de hipertonia ou flutuação tônica, desenvolvem formas adaptativas de movimento, podendo não atingir todas as etapas do desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2016).

Durante o primeiro ano de vida, funções reflexas aparecem e desaparecem, de acordo com a evolução do Sistema Nervoso Central (SNC), progredindo para movimentos mais complexos e voluntários (Diament e Cypel, 2005). Neste processo de maturação cerebral, as experiências sensório-motoras da criança contribuem para o desenvolvimento das habilidades motoras, através do estabelecimento e reorganização de sinapses e formação de novas redes neurais (Braga, 2010).

Outro dado relevante para casos de crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika, é a apresentação de distúrbios importantes da deglutição que podem resultar em engasgos, broncoaspiração, desnutrição e até óbito. Nesse sentido, é importante que estas crianças tenham suas funções motoras orais avaliadas e monitoradas. Dentre as dificuldades de alimentação apresentadas, as mais comuns são: comprometimento da fase motora oral, engasgo, tosse, náusea, dificuldade de transporte do bolo alimentar, refeições prolongadas ou interrompidas e refluxo gastroesofágico. (BRASIL, 2013b).

No que se refere sobre o conceito de estimulação precoce, é uma abordagem de caráter sistemático e sequencial, que utiliza técnicas e recursos terapêuticos capazes de estimular todos os domínios que interferem na maturação da criança, de forma a favorecer o desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, linguístico e social, evitando ou amenizando eventuais prejuízos (Lima e Fonseca, 2004) (Ribeiro et al., 2007) (Hallal et al., 2008).

Por entender que os primeiros anos de vida têm sido considerados críticos para o desenvolvimento das habilidades motoras, cognitivas e sensoriais. É neste período que ocorre o processo de maturação do sistema nervoso central sendo a fase excelente da plasticidade neuronal. Tanto a plasticidade quanto a maturação dependem da estimulação (Braga, 2010).

Outro recurso muito utilizado dentro da perspectiva da estimulação precoce e para auxiliar na reabilitação da criança é o uso de Tecnologias Assistidas (TA), termo utilizado para identificar uma extensa gama de equipamentos, recursos e serviços utilizados para reduzir os problemas funcionais e promover vida independente e conseqüente melhoria da qualidade de vida e inclusão social (Ministério da Saúde, 2016).

O SUS, por meio dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e dos Serviços de Saúde Auditiva, Física, Visual e Intelectual em todo país podem realizar a concessão de vários recursos de TA, sendo: órtese de membros superiores, órteses para a marcha, adequação postural, adaptações para o brincar, adaptações para a comunicação, recursos para baixa visão/cegueira e adaptações para as atividades de vida diária (Ministério da Saúde, 2016). E por fim, efetivar a participação familiar nas ações para estabelecer objetivos da estimulação precoce; para planejar intervenções; para realizar aconselhamentos; para fornecer auxílio no transporte, quando necessário; para ofertar apoio social e encorajamento aos cuidadores, de modo que percebam o sucesso do tratamento como conquistas de suas iniciativas e esforços (Pereira et al., 2014).

Portanto a interação positiva pais/criança se correlaciona com ganhos neurológicos e comportamentais da criança (Kolb et al., 2012) (Fenoglio et al.,

2006). E o contato próximo com os pais tem influência significativa no desenvolvimento cerebral (Braga, 2010).

3.5 A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO CEARÁ NO ENFRENTAMENTO À SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS (SCZV)

No Ceará, os primeiros casos de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus zika foram identificados em outubro de 2015. No decorrer daquele ano, precisamente de outubro a dezembro, foram notificados 227 casos. Desse total, 56 casos foram confirmados (CEARÁ, 2017).

Em 2016, as notificações da síndrome congênita associada ao vírus Zika totalizaram 417 casos notificados, com 107 confirmados. No ano de 2017, esse número diminuiu consideravelmente somando 29 casos notificados até o mês de junho. No total, ao longo desses três anos do início da ocorrência, foram 673 casos notificados e 163 confirmados (LEAL et al., 2017).

A detecção de casos suspeitos de SCZ vem sendo mais expressiva após o parto, registrando 84,3% (566/673), enquanto a notificação durante a gestação pontua 15,6% (105/673) do total de casos. Observa-se que, no período compreendido entre 2015 e 2017, 50,3% (82/163) dos casos confirmados pertencem ao sexo feminino e 49,6% (81/163) ao sexo masculino. É importante observar que as notificações se deram de forma generalizada, registrando casos em todas as 22 regiões de saúde do Estado (LEAL et al., 2017).

Para otimização do processo de atendimento e acompanhamento dos casos notificados, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará criou um fluxo de notificação, diagnóstico e encerramento dos casos pela vigilância epidemiológica, conforme demonstrado na Figura 1.



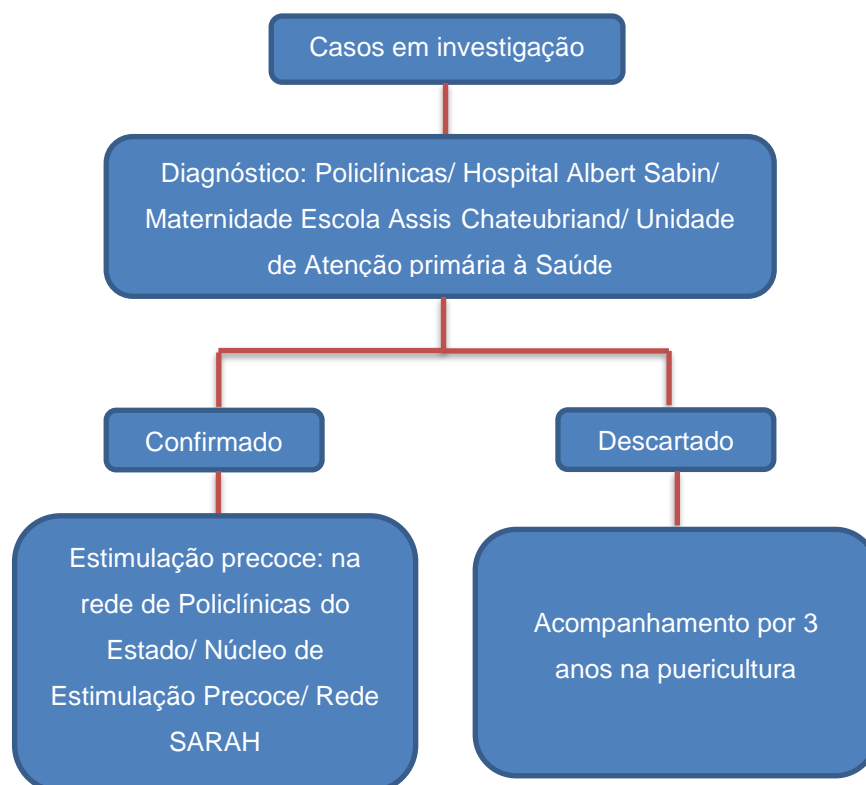


Figura 1. Fluxograma de notificação, diagnóstico e encerramento dos casos pela vigilância epidemiológica. Fonte: NUVEP/COPROM/SESA, 2017.

Por meio da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde – COPAS, da Coordenadoria Regional de Saúde (CORES) e da Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM) foi estabelecido um conjunto de estratégias, de forma articulada, em parcerias internas governamentais e não governamentais, com destaque para a formação de diversos grupos técnicos de trabalho e Comissões. Como também designou seis hospitais e Policlínicas, das 5 macrorregiões de saúde, para recebimento dos casos suspeitos e posterior encaminhamento para as intervenções necessárias, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Macro Fortaleza/ Sertão Central/ Litoral Leste	Macro Sobral	Macro Cariri
Hospital Martiniano de Alencar	Policlínica de Sobral	Policlínica de Barbalha
Hospital Infantil Albert Sabin		
Policlínica de Caucaia		

Policlínica de Pacajus		
------------------------	--	--

Tabela 1. Unidades de Referência para atendimento/diagnóstico dos casos suspeitos de microcefalia. *Fonte: COPAS/SESA, 2017.*

Em relação à Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), as crianças e suas famílias passaram a contar com apoio, assim garantindo a proteção social e reduzindo a vulnerabilidade por meio de laudo médico circunstanciado ao final do diagnóstico.

No que se refere ao atendimento para as demandas assistenciais mais imediatas foi criado o Grupo Técnico sob a responsabilidade de Coordenadorias e Núcleos da Secretaria da Saúde (COPAS e NUESP) para elaborar e implantar, em todas as regiões do Estado, um Plano de Ação com protocolo clínico, fluxo assistencial e Núcleos de Estimulação Precoce. Esclarecimentos e orientações foram transmitidos às equipes de saúde, gestores e áreas técnicas por meio de videoconferência (LEAL et al., 2017).

Foi estabelecida a necessária articulação com Unidades de Atenção Básica (UBS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Centros Especializados em Reabilitação (CER); serviços de proteção e assistência sociais (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); além do apoio dos Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS) para ações de visitas domiciliares, acompanhamento pré-natal, puerperal e do desenvolvimento infantil durante a puericultura, com cuidado especializado para a reabilitação por meio da intervenção e estimulação precoce.

A atenção à gestante e às crianças constitui o segmento mais sensível e mais merecedor de atenções por parte do sistema de saúde. Seis grupos de ações foram definidos para oferecer maior e melhor acolhimento às gestantes e crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus e/ou microcefalia:

- 1. Elaboração dos Protocolos e Diretrizes Clínicas para o atendimento da microcefalia e disponibilização destes aos profissionais de saúde;
- 2. Orientação às equipes da rede de assistência materno-infantil para detecção e notificação de casos de microcefalia em recém-nascidos,

acompanhamento às gestantes e pronto encaminhamento para reabilitação das crianças diagnosticadas (estimulação precoce);

- 3. Orientação às equipes de Atenção Primária e da Saúde da Família no desenvolvimento de ações de prevenção e planejamento da saúde reprodutiva, nos territórios nos quais estão inseridas;

- 4. Distribuição de métodos contraceptivos às mulheres, em especial, aquelas em situação de vulnerabilidade de risco e as que não querem engravidar;

- 5. Realização de cursos de capacitação de planejamento da saúde reprodutiva;

- 6. Realização de reuniões e videoconferências sobre o funcionamento da Rede Assistencial para microcefalia.

As ações de atenção ao parto e ao nascimento foram fortalecidas em razão da suspeita ou confirmação de infecção pelo vírus Zika ou de microcefalia, seguindo os protocolos com critérios e diretrizes estabelecidas na linha do cuidado, entre as guias:

- Realização de triagem neonatal: Testes do pezinho, orelhinha e olhinho, possibilitando detecção precoce nos primeiros dias de vida.

- Triagem auditiva neonatal (TAN): De grande importância, considerando-se que a microcefalia é indicador de risco para perda auditiva, há recomendação para realização do teste da orelhinha nos primeiros dias de vida (24h às 48h);

- Triagem ocular neonatal (TON): O teste do olhinho e o exame do fundo de olho auxiliam no diagnóstico diferencial de infecções congênitas, como sífilis, toxoplasmose e citomegalovírus, e podem ser realizados após a alta da criança da maternidade.

3.5.1 A descentralização como diretriz estratégica no atendimento à síndrome congênita do Zika vírus

De acordo com a Constituição Federal, Art. 198, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado conforme as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

O estado do Ceará conta com 19 Policlínicas em diferentes regiões, que são equipamentos de saúde de atenção especializada, que abrange uma determinada área para atender as demandas dos municípios adscritos naquela região de saúde. O processo de descentralização vivenciado pelas Policlínicas das diferentes regiões do Estado do Ceará aponta consequências importantes nas localidades beneficiadas, como a ampliação das equipes técnicas, a formação qualificada dessas equipes e o envolvimento direto dos gestores, possibilitando maior qualificação nos serviços e atendimentos, com acesso precoce ao diagnóstico e tratamento das crianças.

Em 2017, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará publicou o e-book intitulado "A experiência do Estado do Ceará no enfrentamento à síndrome congênita do Zika Vírus", onde constam as principais ações desenvolvidas pelo órgão, dentre as quais se destacam:

- Implantação de Núcleos de Estimulação Precoce (NEP) nas 19 Policlínicas Regionais, que contam com médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, enfermeiros, dentre outros profissionais, para tratamento e reabilitação das crianças com atraso neuropsicomotor;
- Identificação das necessidades de equipamentos de triagem neonatal e capacidade para realização de exames no bebê;
- Avaliação da oferta de serviços por região, macrorregião e municípios;

- Identificação de unidades hospitalares que não estejam realizando teste do pezinho, orelhinha e olhinho para detecção precoce de doenças nos primeiros dias de vida, e disponibilização de serviços de apoio e diagnóstico para realização de exames;

- Elaboração e disponibilização de protocolo clínico para estimulação precoce;

- Monitoramento semanal da assistência prestada através de planilhas de todas as Regiões de Saúde, com casos notificados e em investigação;

- Notificação de microcefalia em recém-nascidos, acompanhamento e reabilitação das crianças diagnosticadas - estimulação precoce.

Com as políticas e ações aqui apresentadas, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) acredita que vem cumprindo seu papel no atendimento às necessidades fundamentais das crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika Vírus (CEARÁ, 2017).

Além disso, afirma que não se isenta de buscar a ampliação da oferta e da integração dos serviços, a valorização e apoio permanente à rede familiar, o que envolve outras políticas como, gratuidade no transporte público, acesso a órteses e próteses, como cadeiras de rodas e óculos, além da inclusão de medicamentos de uso contínuo, a exemplo de anticonvulsivantes, na lista de remédios disponíveis para as crianças notificadas (CEARÁ, 2017).

E o próximo desafio será continuar com as ações de educação permanente dos profissionais visando o aperfeiçoamento de suas práticas para as intervenções nas novas etapas do desenvolvimento das crianças atendidas (CEARÁ, 2017).

3.6 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RASs)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz como conceito de Redes de atenção à saúde, um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população, com espaços de integração de vários serviços e atenção à saúde contínua, por meio da vinculação entre a formulação da política

de saúde e gestão, voltada para o trabalho intersetorial. Como serviço integrado a OMS define a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde (World Health Organization, 2008b).

De acordo com o decreto nº 7.508, de junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080/90 e definiu Região de Saúde como o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Para uma compreensão acerca da integração dos serviços, Hartz e Contandriopoulos (2004) afirmaram que a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais intraorganizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida.

Diante deste modelo de atenção baseado na organização de uma rede de atenção à saúde organizada e integralizada, com territórios sanitários definidos e com os níveis de atenção ordenados e coordenados pela Atenção Primária a Saúde (APS), se torna uma prática social (Mendes, 2011), pois os sistemas públicos de atenção à saúde se estruturam pelo princípio da cooperação gerenciada (CHRISTIE, 1996), como é o caso do SUS, convocando necessariamente uma base populacional/territorial.

Segundo Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Confirmando com a Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, define Rede de Atenção à Saúde:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Portanto, as RASs têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. Assim, o desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde (Mendes, 2011).

Além disso, as RASs se classificam por redes temáticas, sendo: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Redes de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e Rede Atenção à Pessoa com Deficiência (Mendes, 2014).

Acerca ao acesso à saúde das crianças com Microcefalia, a rede temática que estabelece fluxos e mecanismos lançada através do Ministério da Saúde em 2014, Portaria GM/MS 483 de 1º de Abril de 2014 é a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, a qual estabelece que a APS tenha responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo a essa população (BRASIL, 2014b).

Assim as doenças crônicas estão inseridas na classificação de condições crônicas por serem de longa duração, podendo ocorrer episódios clínicos três vezes ou mais ao longo de um ano, e geralmente não tem cura. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores e a fatores fisiológicos (Mendes, 2011).

O Ministério da Saúde através de medidas emergenciais tem procurado dar suporte para a organização da RAS da criança com microcefalia com o propósito de melhorar a integralidade da assistência a essa população. O SUS tem realizado esforços no que concerne ao atendimento às necessidades da criança, e de sua família por meio da implantação de protocolos de vigilância e de atenção à saúde, além da capacitação de seus profissionais com a finalidade de detecção, notificação precoce e o acompanhamento dos casos confirmados (BRASIL, 2017).

3.7 O ACESSO À SAÚDE

A definição para acesso à saúde na literatura especializada é extensa, porém pode-se afirmar que há um consenso: trata-se de um conceito complexo e multidimensional (Travassos e Martins, 2004) (McIntyre *et al.*, 2009) (Levesque *et al.*, 2013).

Para Donabedian (1973), o acesso, tomado como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população.

Já os autores, Penchansky e Thomas (1981) definem o acesso como o ajuste entre as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde, compondo várias dimensões: a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica; o grau de acolhimento; a capacidade de compra das pessoas usuárias; a aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias.

A Organização Mundial da Saúde propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente (World Health Organization, 2001).

Levesque *et al.* (2013) traz o acesso como a oportunidade de identificar necessidades, buscar serviços de saúde, obter ou utilizar os serviços e ter suas necessidades atendidas. Já Thiede e McIntyre (2008) incorporaram na noção de acesso a ideia de liberdade de uso dos serviços de saúde, a partir da noção de empoderamento, que inclui a informação como pré-requisito.

Para Pinheiro e Mattos (2005), o acesso é uma construção social, determinada pelo contexto sociocultural, que molda as necessidades de saúde em termos de dimensões percebidas de oferta e demanda.

Mesmo com uma gama de definições acerca do que seja acesso à saúde, vale destacar, que muitos fatores podem surgir como barreira para o acesso aos serviços de saúde, como falta de profissionais capacitados na APS, falta de prioridade nos atendimentos, demora dos exames, o que acarretará na demora na detecção dos primeiros sinais de alteração no comportamento da criança (Zanon *et al.*, 2014). Tais fatores implicarão na diminuição da qualidade

da assistência prestada ao indivíduo ao longo da sua trajetória em busca de cuidados (Landim et al., 2016).

Landim et al (2016) aponta situações de fragilidade nas trajetórias em busca de atendimento à criança com condição crônica, relacionada ao acesso e qualidade dos serviços. Diante dos obstáculos para o acesso aos serviços de saúde, a equipe da APS tem um papel importante no atendimento ao bebê e aos familiares: apoiar a família, atuar de forma eficiente, observar problemas na relação dos pais com os bebês e na comunicação entre o binômio mãe-filho durante a amamentação (BRASIL, 2016a).

3.8 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Para Zúñiga (2004), as raízes da avaliação estariam na escola filosófica do Pragmatismo. Esta escola caracteriza-se pela noção de que somente pela ação que se podem alterar os limites da condição humana e por posicionar o conhecimento muito na perspectiva da ação do que da contemplação (Furtado, 2012). Acrescenta Rossi et al al., (1999), que a avaliação nasce em meio a racionalidade instrumentação concreta, na busca de melhorias de condições sociais consideradas inaceitáveis.

Na década de 1960, diversos autores publicaram textos importantes que ajudaram a delinear a área, discutiram modelos e apontaram as limitações dos referenciais utilizados (Furtado, 2012). Em 1990, que se consolida um terreno teórico e profissional com fronteiras bem delimitadas no campo da avaliação nos EUA (Worthen et al., 2004).

Guba e Lincoln (1989) afirmam que a avaliação não surge de um momento para o outro, mas é o resultado do desenvolvimento de um processo de construção e reconstrução que envolve e onde interagem inúmeras influencias, para uma forma prática sistemática de organizações e setores da sociedade.

A avaliação pode ser considerada como um componente das práticas presente em diversos âmbitos e campos do espaço social. As diversas possibilidades de expressão, nesses diferentes campos, têm gerado uma

polissemia conceitual e metodológica que torna obrigatório, tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicitação das suas opções teóricas e técnicas (Grémy, 1983) (Vieira-da-Silva e Formigli, 1994) (Contandriopoulos et al., 2000).

No campo da saúde, a ação combinada do desenvolvimento das tecnologias, da crise das finanças públicas e do envelhecimento das populações, força os governos a controlar o crescimento dos custos e a continuar, ao mesmo tempo, garantindo a todos, em um contexto em que as expectativas não param de crescer, acesso equitativo a serviços de qualidade (Saltman & Figueras, 1997) (Contandriopoulos et al., 2000). Nesse contexto, a avaliação constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informações para quem decide, pois devem justificar suas escolhas para públicos cada vez mais exigentes (Drummond et al., 1998).

Quando se fala de crescimento do interesse pela avaliação no Brasil, refere-se, sobretudo às universidades e ao terceiro setor. As três esferas de governo – federal, estadual e municipal – muito raramente e sob pressão de eventuais financiadores externos é que incluem processos avaliativos no orçamento de seus projetos sociais, com algumas exceções, como no caso da atenção básica (Hartz et al., 2008). É nas universidades que têm sido produzidos dissertações, teses e outros estudos sobre o tema, tendo programas sociais em geral e os diferentes níveis do SUS em particular como objeto (Furtado, 2012).

A avaliação de políticas, programas e projetos pode recortar vários níveis do sistema de saúde. As políticas de saúde podem ser consideradas como ação ou omissão do Estado enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como a produção, distribuição e regulação de bens e serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (Paim, 2002) (Paim, 2003). Dessa forma, a avaliação de políticas pode incluir tanto análises sobre a natureza do Estado e do poder político envolvido na sua formulação quanto estudos sobre os programas relacionados com sua operacionalização. Por fim, embora a avaliação de políticas frequentemente envolva a avaliação de programas, a distinção entre suas dimensões das práticas pode ser necessária para fins analíticos (Vieira-da-Silva, 1999).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

No campo das ações das políticas de saúde, a avaliação vem ganhando uma centralidade nas organizações, e os fatores envolvidos para o interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil destacam-se: as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), como o processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos (Figueiró et.al, 2008).

Com isso, a natureza desta pesquisa desenvolveu-se em caráter descritivo com abordagem metodológica qualitativa, centrado na Pesquisa Avaliativa, pois através desse processo que se obteve uma complementariedade e enriquecimento teórico-metodológico da avaliação (Deslandes e Gomes, 2004) (Deslandes, 1997).

Para Deslandes (2002), os estudos qualitativos trabalham com significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais. Segundo Feliciano (2010), a abordagem qualitativa propicia maior interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, reiterando a intersubjetividade envolvida na produção e interpretação do material de campo.

Outro pressuposto do enfoque qualitativo que ocorreu de importante para a construção desta pesquisa, foi a não neutralidade do pesquisador. O observador esteve sempre implicado na experiência de conhecer. Este conhecimento se manteve sempre construído, não existindo verdades universais, nem uma realidade em si, mas as interpretações tiveram lugar na construção da(s) realidade(s), sendo o conhecimento científico, portanto, resultado de relações sociais (MERCADO-MARTÍNEZ & BOSI, 2007).

A Pesquisa Avaliativa trata-se de um procedimento que consiste em fazer julgamento de uma intervenção usando métodos científicos, que significa em fazer uma ou várias análises. No caso desta pesquisa, baseou-se na análise de implantação com o objetivo de delimitar melhor os fatores que facilitaram ou que comprometeram a implantação da intervenção. Além disso, por implantação,

entendeu-se a implementação concreta de uma intervenção em um contexto preciso que foi descrito com base em suas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas (Tornatzky & Johnson, 1982) (Patton, 1986).

Ainda sobre Pesquisa Avaliativa é importante ressaltar a questão do rigor, que também remete à credibilidade das conclusões derivadas do material coletado. A credibilidade envolveu elementos que abarcaram os modos como entramos nas vidas das pessoas e instituições que foram respondidas as questões de pesquisa, referindo-se à capacidade do pesquisador para definir com clareza a sua posição no contexto do estudo; o trabalho de campo; análise do material e a comunicação dos resultados (Minayo, 2006) (Becker, 1993) (Triviños, 1987) (Furtado, 2006).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa aconteceu na Policlínica Bernardo Félix da Silva, dentro do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP), localizada no município de Sobral, pertencente da Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Sobral. No espaço de trabalho, em momentos pactuados com os participantes da pesquisa.

4.3 SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A partir da definição do campo de pesquisa, com base no conjunto de experiências que se desejou compreender, selecionou-se as pessoas que tinham uma vinculação mais significativa com a questão investigada, garantindo a riqueza das informações necessárias para enxerga-las sob várias perspectivas (Feliciano, 2010).

De acordo com o processo de regionalização de Saúde, em cada ADS contém uma Policlínica, por isso, foram selecionados intencionalmente profissionais e gestores que atuam no NEP, como também mães/cuidadores das crianças com Microcefalia, que estavam inseridos na referida Região de Saúde.

Na definição do número suficiente de informantes comumente é utilizado o critério de saturação. Para Minayo (2006), uma amostra qualitativa

ideal é aquela que reflete as múltiplas dimensões do objeto de estudo. Assim, na aplicação do critério de saturação é preciso levar em conta tanto a reincidência quanto a complementaridade das informações.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser profissional de saúde ou de gestão da Policlínica; estar trabalhando no serviço por pelo menos seis meses; ter interesse em participar do estudo; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Na amostra referente às mães/cuidadores das crianças com Microcefalia: estar sendo atendidas no serviço por pelo menos seis meses; ter interesse em participar do estudo; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Em contrapartida, os critérios de exclusão se deram aos profissionais e gestores que estavam afastados do trabalho; para mães/cuidadores que foram afastadas do atendimento por falta de justificativa do comparecimento ao serviço e aos que optaram em não participar da pesquisa.

Na garantia do anonimato dos entrevistados, foram nomeados pela ordem em que a entrevista aconteceu seguida pela categoria profissional que pertence ou gestor, para identificar o contexto e a prática que o profissional está inserido e seu ponto de visão. E para as mães/cuidadores das crianças com microcefalia será a ordem da entrevista e em seguida suas visões.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES

Para a validade interna nos estudos qualitativos, as escolhas de técnicas de pesquisa viabilizaram a produção das informações, para isto as escolhas das técnicas utilizadas foram: observação participante, entrevista semiestruturada e análise documental. A observação participante tem como propósito detalhar o modo como um fenômeno ocorre, para explicá-lo e compreendê-lo em seu contexto (Minayo, 2006) (Becker, 1993) (Stake, 1994) (Yin, 2001) (Triviños, 1987) (Flick, 2004).

Sugeriu-se que a observação participante fosse iniciada de uma forma mais abrangente para compreender a complexidade do campo e depois se focalizando nas questões essenciais da pesquisa. Neste segundo momento, foi oportuno utilizar um roteiro, sendo manejado com flexibilidade pelo pesquisador,

contemplando os grandes eixos temáticos propostos. Um maior detalhamento do roteiro foi relacionado com o objetivo de aprofundar a compreensão de aspectos específicos da situação observada (Flick, 2004). A descrição do roteiro da observação encontra-se no apêndice F.

Para descrição do que foi observado, se fez necessário à utilização de um diário de campo, as anotações feitas foram descritivas e reflexivas. É muito importante o registro das reflexões sobre o desenvolvimento do processo de observação: aspectos positivos e negativos das técnicas e dos procedimentos, além das reações do próprio pesquisador frente ao processo, para embasar ainda mais a interpretação do que foi observado (Becker, 1993) (Triviños, 1987) (Flick, 2004).

Outro fator importante da observação participante é o período do tempo observado, em uma avaliação de programas é possível recorrer à *amostragem de tempo*, que segundo Triviños (1987), é a escolha aleatória ou intencional dos dias e turnos de trabalho para a observação. Para fortalecer a confiança na validade das conclusões alcançadas, Becker (1993) aconselha que se obtenha tanto *muitas evidências* como *muitos tipos de evidências*. O fim da observação ocorre quando outras observações não trouxeram informações adicionais (Flick, 2004).

No que diz respeito à entrevista semiestruturada, foi construído roteiro para servir como guias e estão descritos nos apêndices C, D e E. O roteiro foi percorrido respeitando a sequência das questões relatadas no depoimento do entrevistado. Esta técnica de pesquisa realiza a mediação entre o direcionamento temático e a liberdade concedida ao entrevistado para falar sobre outros tópicos que ele considera relevantes (Minayo, 2006) (Patton, 1989) (Flick, 2004) (Schraiber, 1995).

Para assegurar a qualidade dos registros, as entrevistas foram gravadas. O material produzido foi transcrito na íntegra. Ao término de cada entrevista, o entrevistador anotou as suas impressões sobre a comunicação, as reações que o entrevistado expressou em uma linguagem não verbal, a sua própria maneira de agir e/ou reagir, bem como sobre o ambiente físico de realização da entrevista (Triviños, 1987) (Flick, 2004) (Schraiber, 1995).

Na construção das várias possibilidades de informação por meio da triangulação na coleta de dados, o conhecimento e a compreensão de certa questão podem ser aprofundados por meio de documentos pessoais e oficiais, recortes de jornais e outros artigos publicados na mídia (Minayo, 2006) (Becker, 1993) (Yin, 2001) (Spink, 2004). A análise documental fornece informações sobre muitos aspectos que não podem ser submetidos à observação porque dizem respeito ao passado. Conforme Spink (2004), os documentos podem refletir as transformações da rede simbólica, o ir e vir das versões circulantes no dia a dia das instituições. Muitas vezes apenas fragmentos dessas versões poderiam vir à tona por meio de entrevistas.

A busca de informações a fim desta análise foi feita a partir da leitura de documentos de implantação do NEP, leis estaduais, orientações de funcionamento e demais deliberações da Secretaria de Saúde do Estado e dos prontuários das crianças com Microcefalia. Não se deve esquecer que os documentos não foram escritos para responder às perguntas colocadas pela pesquisa. Portanto, com base em Minayo (2006), é preciso construir um roteiro, já que os textos não falam por si, eles respondem às indagações do pesquisador. Para tal finalidade encontram-se disponíveis nos apêndices A e B os roteiros.

4.5 TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES

Para organização e interpretação do material qualitativo levantado foi adotada a perspectiva hermenêutica-dialética, partindo dos parâmetros da interpretação dos sentidos proposta por Minayo (2006), com base em Gadamer (1998) e Habermas (1987), a seguir: compreensão do contexto em que as informações foram geradas; valorização do material interpretado; compreensão das razões dos participantes; interpretação como processo inconclusivo e expectativa de que os participantes compartilhem a interpretação do pesquisador.

Segundo Gadamer (1998), a hermenêutica busca a compreensão dos sentidos contidos na comunicação do senso comum que precisam ser interpretados tendo como referência o contexto sócio histórico. O senso comum

é assumido como um saber que se apoia em vivências e que busca o que é plausível e prático. Assim, pretendeu-se compreender a realidade sobre a qual fora falado, a partir da linguagem analisada.

Em suma, uma análise hermenêutica-dialética visa à síntese dos processos compreensivos e críticos, pois enquanto a hermenêutica ressalta o significado da mediação e da unidade de sentido, a dialética dá ênfase à diferença, ao dissenso e à ruptura de sentido (Minayo, 2006) (Gomes et al., 2005).

A organização das informações seguida do ordenamento e da avaliação da qualidade do material qualitativo foram os passos para a interpretação qualitativa. No caso, do ordenamento se deu através das técnicas de pesquisa utilizada, aqui escolhidas por entrevistas individuais, observação participante e análise de documentos. As entrevistas foram transcritas na íntegra, sendo atribuído um código a cada um dos entrevistados para garantir o anonimato. E ainda, revisando cuidadosamente o diário de campo (Gomes et al., 2005).

Na avaliação da qualidade dos materiais se fez necessário definir quais informações foi suficiente para a interpretação, ou seja, para uma discussão de aspectos considerados importantes, tendo em vista os objetivos do processo avaliativo (Minayo, 2006) (Gomes et al., 2005).

Para a interpretação foi realizada a classificação das informações por meio da leitura minuciosa e repetida de cada um dos textos, deixando-se impregnar pelo conteúdo do material, para alcançar uma visão do conjunto e compreender e agrupar os significados relevantes manifestados, assim formando as *unidades de sentido* (Minayo, 2006) (Bardin, 1977) (Gomes et al., 2005).

Continuando ainda no processo da interpretação foi realizada a identificação das contradições e ambiguidades por meio da busca das ideias que estão por trás dos textos, com base nas leituras e releituras dos textos e a dimensão teórica, pois foi neste momento que se estabeleceu o diálogo entre as *categorias analíticas* e as *categorias empíricas*, já previamente definidas (Minayo, 2006) (Gomes et al., 2005).

Por fim, o pesquisador fez o enxugamento, reagrupando as unidades de sentido que convergiram para um significado comum em torno das mesmas categorias centrais (Minayo, 2006) (Gomes et al., 2005). No âmbito da pesquisa avaliativa, as ideias centrais que são comunicadas representam balizas avaliativas que permitem mapear com mais profundidade as características das mudanças ocorridas e em processo, constituindo-se como indicadores qualitativos (Feliciano, 2010).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa revelou-se como poderoso instrumento de transformação voltado para produção de conhecimento. A escolha de um tema ou objeto de estudo foi relacionada a uma trajetória de vida singular, em que a todo o momento o pesquisador se perguntou como compatibilizar a constituição da atitude ética em relação aos pesquisados, com seus desejos, sonhos, curiosidades e expectativas (Silva et.al, 2012).

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos e manejo de informações referidas pelos mesmos, a pesquisa cumpriu as diretrizes e normas previstas na resolução nº 466/12 no Código de Ética de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, (BRASIL, 2012). Previamente ao início da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (ANEXO 1) foi entregue e solicitado a assinatura dos participantes e solucionadas todas as dúvidas em relação à pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO: COMPREENDENDO A IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE (NEP), PARA O ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS (SCZ)

Diante da trajetória de pesquisa de campo, em conhecer o espaço físico, as pessoas que fazem parte do processo e como tudo funciona na prática, vivenciar o cotidiano da Policlínica de Sobral, mais especificamente, o Núcleo de Estimulação Precoce (NEP), voltado para o atendimento de crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus e tendo como facilitadores as técnicas utilizadas, tais como, observação participante, entrevistas semiestruturadas e análise documental, é possível elencar alguns pontos.

Durante a observação participante, pôde se perceber a estrutura física da Policlínica e sua organização, desde a porta de entrada do equipamento, com o acolhimento e respectiva triagem; para composição da Equipe do NEP, consta Fisioterapeuta, Fonoaudióloga e Assistente Social, assim, levando a entender a falta dos outros profissionais que inicialmente existia no NEP, como Enfermeiro, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional; já os médicos especialistas como Neuropediatra e Pediatra formam a composição de profissionais da Policlínica como um todo e não apenas para o NEP. As reuniões de equipe aconteciam uma vez por mês, para discussão dos indicadores dos atendimentos do NEP. Foi possível constatar as orientações que os profissionais repassavam para mães/cuidador, como eram feitas as avaliações e terapias para cada criança, a importância de realizações das atividades em casa e a assiduidade nos atendimentos. Para cada criança atendida no NEP, abria-se uma ficha de avaliação de cada profissional, porém o Plano Terapêutico era feito em conjunto com os profissionais para cada criança. Por fim, as mães/cuidadores demonstram sempre interesse na terapêutica realizada e orientada, buscando inclusive, ter mais dias disponibilizados para os atendimentos recebidos, que em sua grande maioria, estava sendo em duas vezes semanais.

Em paralelo a observação participante, foi realizada a análise de 06 prontuários de crianças que estavam em acompanhamento terapêutico no segundo semestre de 2021, sendo possível identificar que 50% são de gênero

feminino e 50% masculino, com faixa etária de 02 a 05 anos, as mães foram as que mais estavam como responsável/acompanhante, porém apareceu a figura da avó materna, a faixa etária de idade entrada no NEP foi de 02 meses a 01 ano e meio, a idade de saída do atendimento no NEP foi a partir de 03 anos, com tempo de atendimento entre 03 anos a 01 ano e 09 meses, todas as crianças foram diagnosticadas com Microcefalia, os municípios de origem dessas crianças foram Alcântara, Sobral, Forquilha, Moraújo, Reriutaba e Meruoca; os serviços utilizados por essa população foram Neuropediatra, Pediatra, Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional; os exames que as crianças tiveram acessos foram, ultrassonografia transfontanelar, tomografia de crânio, mapeamento da retina, teste da orelhinha com reflexo cócleo palpebral e triagem neonatal; das condutas após a alta no NEP, 02 ainda estão em atendimento por estarem dentro da faixa etária permitida, 01 recebeu encaminhamento para continuidade na atenção básica do município de origem, 01 não recebeu alta, devido ao abandono do atendimento, 01 recebeu alta, porém não foi encaminhado para nenhum outro serviço de continuidade e 01 foi encaminhado para o serviço de atendimento infantil (SAI), dentro da Policlínica de Sobral. Assim como mostram as tabelas a seguir:

GÊNERO	
FEMININO	03
MASCULINO	03
IDADE	
I	05 ANOS
II	05 ANOS
III	05 ANOS
IV	03 ANOS
V	02 ANOS
VI	02 ANOS
RESPONSÁVEL/ACOMPANHANTE	
I	MÃE
II	MÃE
III	AVÓ MATERNA
IV	MÃE
V	MÃE
VI	MÃE

IDADE DE ENTRADA NO NEP	
I	06 MESES
II	01 ANO
III	02 MESES
IV	01 ANO E 06 MESES
V	05 MESES
VI	01 ANO E 03 MESES
IDADE DE SAÍDA DO NEP	
I	03 ANOS
II	03 ANOS E 01 MÊS
III	ABANDONO
IV	03 ANOS E 03 MESES
V	AINDA ESTAR EM ATENDIMENTO
VI	AINDA ESTAR EM ATENDIMENTO
TEMPO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	
I	2 ANOS E 6 MESES
II	03 ANOS
III	PACIENTE ABANDONOU O ACOMPANHAMENTO TERAPEUTICO DEVIDO QUESTÕES DE VULNERABILIDADE SOCIAL, MORA COM A AVÓ E A AVÓ FOI PRESA
IV	1 ANO E 9 MESES
V	AINDA ESTAR EM ATENDIMENTO
VI	AINDA ESTAR EM ATENDIMENTO
MUNICÍPIO	
I	ALCANTARA
II	SOBRAL
III	FORQUILHA
IV	MORAÚJO
V	RERIUTABA
VI	MERUOCA
DIAGNÓSTICO	
TODOS	MICROCEFALIA
SERVIÇOS UTILIZADOS	
TODOS	NEUROPEDIATRA
	PEDIATRA
	NUTRICIONISTA
	PSICÓLOGO
	FONOAUDIÓLOGO
	FISIOTERAPEUTA
	ASSISTENTE SOCIAL
TERAPEUTA OCUPACIONAL	

EXAMES ANEXADOS	
I	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELAR, T.C. DE CRÂNIO, MAPEAMENTO DA RETINA, TESTE DA ORELHINHA COM REFLEXO COCLEO PALPEBRAL.
II	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELAR, T.C. DE CRÂNIO, MAPEAMENTO DA RETINA, TESTE DA ORELHINHA COM REFLEXO COCLEO PALPEBRAL.
III	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELAR, T.C. DE CRÂNIO, MAPEAMENTO DA RETINA, TESTE DA ORELHINHA COM REFLEXO COCLEO PALPEBRAL.
IV	T.C. DE CRÂNIO
V	T.C. DE CRÂNIO E TRIAGEM NEONATAL
VI	U.S. TRANSFONTANELAR E TRIAGEM NEONATAL
CONDUTA APÓS ALTA DO NEP	
I	O RESPONSÁVEL RECEBEU UMA FICHA DE CONTRA-REFERENCIA QUALIFICADA PARA SEGUIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (PSF)
II	NÃO CONSTA EM PRONTUÁRIO, APENAS A INFORMAÇÃO QUE COMPLETOU A IDADE LIMITE PARA O PERFIL DO ATENDIMENTO NO NEP
III	NÃO CHEGOU A RECEBER ALTA, CONSTA ABANDONO
IV	NÃO CONSTA EM PRONTUÁRIO, PORÉM RECEBEU ALTA, DEVIDO O LIMITE DE IDADE PARA O PERFIL DO NEP E ENCAMINHADO PARA O SAI
V	AINDA ESTAR EM ATENDIMENTO
VI	AINDA ESTAR EM ATENDIMENTO

Tabela 2. Categorização de prontuários das crianças atendidas no NEP. Elaboração própria.

Além dos prontuários, foi possível ter acesso ao painel de indicadores do NEP, do período de julho a setembro de 2021. Com os dados do painel, identifica-se que a população que recebe atendimento no NEP, ampliou a faixa etária até 11 anos, o total de atendimentos no período descritos foi de 389. A taxa de evolução das crianças para os aspectos a seguir, foi: cognitivo em 14%, controle cervical em 27%, controle de tronco em 22%, engatinhar em 15%, marcha em 10% e fala em 12%. O perfil epidemiológico mostrou-se: Microcefalia em 17%, Síndrome de Down em 25%, Prematuridade em 4%, Paralisia Cerebral em 25%, Transtorno do Espectro Autista (TEA) em 8%, Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) em 13%, Acondroplasia em 4% e Atrofia Muscular Espinhal (AME) em 4%. Para taxa de atendimentos realizados por especialidades apresentam-se: Assistência Social em 13%, Enfermagem em 0%, Fisioterapia em 38%, Fonoaudiologia em 40%, Terapia Ocupacional em 0%, Pediatria em 4%, Psicologia em 0%, Nutrição em 2% e outras especialidades em 1%. A taxa de absenteísmo no mês de julho/21 foi de 74,40%, em agosto/2021 foi de 51,30% e em setembro/2021 foi de 48,70%. Com total de atendimento no NEP em 23 e no Serviço de Atendimento Infantil (SAI) em 49. É o que mostra as tabelas abaixo:

FAIXA ETÁRIA	
0 a 11 anos	11%
1 ano a 1 ano e 11 meses	50%
2 anos a 2 anos e 11 meses	39%
UTILIZAÇÃO	
JULHO	108
AGOSTO	143
SETEMBRO	138
TOTAL	389
TAXA DE EVOLUÇÃO DAS CRIANÇAS	
COGNITIVO	14%
CONTROLE CERVICAL	27%
CONTROLE DE TRONCO	22%
ENGATINHAR	15%
MARCHA	10%
FALA	12%
CRIANÇAS POR GÊNERO ATENDIDAS	
MASCULINO	65%
FEMININO	35%

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO		
MICROCEFALIA	17%	
SINDROME DE DOWN	25%	
PREMATURIDADE	4%	
PARALISIA CEREBRAL	25%	
TEA	8%	
ADNPM	13%	
ACONDROPLASIA	4%	
AME	4%	
TAXA DE ATENDIMENTOS REALIZADOS POR ESPECIALIDADES		
ASSISTENCIA SOCIAL	13%	
ENFERMAGEM	0%	
FISIOTERAPIA	38%	
FONOAUDIOLOGIA	40%	
TERAPIA OCUPACIONAL	0%	
PEDIATRIA	4%	
PSICOLOGIA	0%	
NUTRIÇÃO	2%	
NEUROLOGIA	2%	
OUTRAS ESPECIALIDADES	1%	
ABSENTEÍSMO		
	PRESENÇA	AUSÊNCIA
JULHO	25,60%	74,40%
AGOSTO	48,70%	51,30%
SETEMBRO	51,30%	48,70%
QUANTIDADE DE PACIENTES ATENDIDOS NO NEP E NO SAI		
NEP	23	
SAI	49	

Tabela 3. Análise do painel de indicadores do NEP, do período de julho a setembro de 2021. Elaboração própria.

Na continuidade da coleta de dados desta pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 03 profissionais de saúde na categoria Fisioterapia, Fonoaudiologia e Assistente Social; 04 mães de crianças atendidas no serviço e 01 gestor da Policlínica. No tratamento das informações (ANEXO 3), se realizou um agrupamento com categorização dos discursos com as seguintes unidades de sentidos: Implantação do NEP, Fragilidades e Potencialidades do NEP, Perfil socioeconômico das crianças com Microcefalia assistidas no NEP, Operacionalização do NEP e Acompanhamento Terapêutico no NEP. Nas seções abaixo, está descrito por cada unidade de sentido e suas contribuições para avaliação da implantação da intervenção do Núcleo de

Estimulação Precoce (NEP), para o atendimento às crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), na área descentralizada de saúde (ADS) de Sobral.

5.1 IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE (NEP)

Sabe-se com o aumento de casos de Zika Vírus em todo Estado do Ceará, a Secretaria de Saúde do Ceará (SESA) demonstrou interesse em implantar um serviço de saúde para acolher esta demanda. É importante lembrar que as notificações se deram de forma generalizada, registrando casos em todas as 22 regiões de saúde do Estado (LEAL *et al.*, 2017). Para otimização do processo de atendimento e acompanhamento dos casos notificados, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará criou um fluxo de notificação, diagnóstico e encerramento dos casos pela vigilância epidemiológica (NUVEP/COPROM/SESA, 2017).

Foi lançado o Programa de Qualificação das equipes multiprofissionais para ações de intervenção precoce, a ser realizado em todas as Policlínicas do Ceará, juntamente ao Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP). Ações desenvolvidas para a capacitação, planejamento conjunto com o NUTEP dos cursos de capacitação para profissionais de saúde das 19 Policlínicas regionais, formação das equipes de Coordenação representadas pelo NUTEP/ SESA, seleção das localidades, regiões, serviços e municípios junto aos coordenadores das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), definição das equipes: número de equipes multiprofissionais (pediatra, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, psicopedagogo e assistente social), articulação com os gestores dos consórcios sobre a capacitação, reuniões semanais com técnicos da Coordenadoria de Educação Permanente sobre a formação das Policlínicas, planejamento junto aos Diretores das Policlínicas, Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores das CRES, qualificação de 112 profissionais de saúde nas ações de intervenção precoce nas Policlínicas Regionais (LEAL *et al.*, 2017). Afim de analisar a implantação do NEP, foi possível perceber na narrativa de uma das

entrevistadas enquanto gestora, a concordância com o levantamento de documentos que a SESA divulgou quando o programa foi lançado, a seguir:

G.I “...o grande fato disparador dessa iniciativa do governo do estado foi realmente o surto de Zika vírus que nós tivemos, muitas gestantes que acabaram contaminadas aí pelo vírus Zika né, e aí começaram a eclodir aí no Nordeste, no Ceará e também no interior do Ceará...então toda a estratégia utilizada pelo governo do estado, realmente foi fechar uma parceria com o núcleo de estimulação precoce (NUTEP), da faculdade de medicina, da Universidade Federal do Ceará (UFC), para a formação dessa equipe multiprofissional, que atuaria nas unidades. Então na época nós fomos convidadas, cada policlínica foi convidada a encaminhar a sua equipe multiprofissional que atuaria na execução do atendimento de estimulação precoce com as crianças para o NUTEP...A gente recebeu a visita da equipe do NUTEP também aqui na policlínica de Sobral, onde eles vieram identificar a nossa estrutura física, como nós estávamos para implantação do serviço. Eles vieram dar esse suporte técnico para instituição e apresentar documentos, falar sobre a questão de acesso, dos materiais que a gente precisaria, enfim todo esse suporte, então posso dizer aí que foram essas as estratégias que o governo do estado utilizou...”

Para os profissionais entrevistados durante o percurso de pesquisa é notório a satisfação da implantação e de sua importância para aquela população e como outros agravos, como seguem os relatos:

P.I “...NEP foi um benefício grande para as mães que tiveram crianças com atraso no desenvolvimento/neuropsicomotor, porque antes elas teriam que se deslocar para locais mais distantes, como a capital para algum atendimento...”

P.II “...É a referência para os pacientes a questão desse atendimento, principalmente da estimulação precoce e como só existe ele em Sobral...”

P.III “...Quando foi implantado, foi pra crianças com micro, que eu acho que o governo se preocupou de início com as crianças com micro, que na realidade, já precisava de um serviço desse, bem a mais tempo, porque não só as crianças necessitam de um atendimento multi ne?...só então, com a Zika, com a microcefalia, que eles, o governo se preocupou em vir com esse atendimento...”

5.2 FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DO NEP

Em um segundo momento da entrevista se interrogou aos participantes da pesquisa, suas percepções em relação a fragilidades e potencialidade do NEP. Contextualizando, a Secretaria da Saúde do Estado do

Ceará criou os NEP em 19 regiões de saúde, de forma descentralizada, por meio de Policlínicas que contam com médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, enfermeiros, dentre outros profissionais, para tratamento e reabilitação das crianças com atraso neuropsicomotor. As policlínicas que contam com Núcleos de Estimulação Precoce estão localizadas nos municípios de Acaraú, Aracati, Barbalha, Baturité, Brejo Santo, Camocim, Campos Sales, Caucaia, Crateús, Icó, Iguatu, Itapipoca, Limoeiro do Norte, Pacajus, Quixadá, Russas, Sobral, Tauá e Tianguá. Outras três estão em construção nos municípios de Canindé, Maracanaú e Crato (LEAL *et al.*, 2017). Podendo ser destacados nas falas de alguns profissionais e gestor entrevistados, alguns pontos positivos e negativos, a seguir:

P.I “...Ter o acesso, tá mais próximo delas, dentro da região de saúde e de ter uma assistência completa, porque eu acredito que tenha...eles têm uma assistência com pediatria, se precisar todo mês, eles têm a consulta, tem neuropediatra, tem oftalmo...temos os profissionais, como, a nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, tem a fono, tem os exames, conforme a necessidade é pedido os exames de ultrassom, t.c., de audiometria, então assim, eles têm esse benefício...”

P.I “...o que eu acho assim, ruim, apesar de estar dentro da região de sobral, não deixa de ter o deslocamento, daqueles municípios mais distantes e eles têm que acordar muito cedo para vir e não deixa de ser um desgaste...algumas têm essa dificuldade de transporte e reclamam, porque as vezes moram no distrito, aí o carro não vai pegar no distrito...”

P.II “...Só vejo positivo ne? Por ser um equipamento do sus e muito necessário para as famílias, que são famílias muito carente que a gente atende...”

P.III “...Só vejo lado positivo, porque é uma oportunidade de que essas crianças têm de ter atendimento qualificado, atendimento seguro...”

P.III “...o único negativo que a gente tem hoje, é porque a gente tá com desfalque na equipe ne?...mas só eles terem acompanhamento de 3 em 3 meses com o pediatra, com neuro pediatra, faz exames aqui dentro, faz exame de sangue, laboratoriais...”

G.I “...a gente teve muitas dificuldades no início, assim como eu te disse, foi algo que chegou...a demanda eclodiu, algo aconteceu e nós tivemos que nos adequar muito rapidamente, financeiramente falando, estruturalmente falando e assim essas adequações foram fatores dificultadores, por exemplo, eu não tinha fonoaudiólogo, eu tive que mexer na oferta da minha pactuação, porque eu tinha que trabalhar com a fono que eu tinha, eu tive que diminuir a oferta de terapia ocupacional, porque eu tinha que trabalhar com a t.o. que eu tinha,

então esses foram pontos que dificultaram, uma outra questão que dificultou foi realmente a aquisição dos materiais e nós tivemos que fazer compras num estalar de dedos e nós seguimos todo o trâmite de compras públicas pela lei 8666...O tempo de capacitação do NUTEP, foi um tempo relativamente pequeno, mesmo que eles né tenham dado todo o suporte, mas por exemplo, foi feito termo de cooperação técnica com tempo limitado, então um ano depois, a gente já não tinha mais aquele suporte e aí por exemplo, eu tive profissionais que saíram do serviço e eu me vi na situação de não ter mais um amparo técnico...”

A avaliação clínica é realizada pela equipe multidisciplinar e só então é elaborado plano de terapêutico. Após a avaliação, a criança passa a ser atendida no mínimo duas vezes por semana. Os pais ou cuidadores recebem orientações sobre o manejo e como estimular o desenvolvimento do filho em casa. Famílias em situação de vulnerabilidade, conforme o que dispõe a legislação vigente, são encaminhadas aos CRAS pelos profissionais de saúde. Aquelas famílias com crianças afetadas pela Síndrome Congênita do Zika Vírus ou outras deficiências graves são incluídas nos serviços socioassistenciais e recebem orientações quanto a seus direitos, inclusive com a possibilidade de requerer ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) o Benefício de Prestação Continuada – BPC (LEAL *et al.*, 2017). Ao entrevistar as mães é possível perceber suas avaliações em relação as fragilidade e potencialidade do Núcleo de Estimulação Precoce, como destacado abaixo:

M.I “...Eu me sinto acolhida sempre, desde o começo...O que elas fazem aqui, elas também ensinam a gente a fazer em casa também, porque a maioria do tempo é com nois...”

M.III “...Ele passou 6 meses afastado, foi aquela época da pandemia, mas se não tivesse aparecido a pandemia, ele tinha melhorado mais ainda ne?...quando ele tava no NEP e se ele precisasse de alguma consulta, eles aqui já marcava, não precisava a gente ir marcar ali, precisasse de um psicológico, de uma coisa, tudo aqui, a gente tinha direito ne?...”

5.3 PERFIL SOCIOECONOMICO

A epidemia de Zika que se iniciou no Nordeste brasileiro atingiu mulheres em idade reprodutiva, causando a SCZ. Foram mais afetadas as mães jovens, solteiras, com baixa escolaridade, pardas ou negras e pobres, que viviam

em bairros mais desfavorecidos e com condições precárias de vida. No que se refere aos serviços de saúde, a maioria das mães depende do sistema público de saúde e realizou o pré-natal no SUS. Pode-se evidenciar este fato nas falas das mães que estão sendo atendidas no NEP, no que se trata da condição de formação educacional, remuneração para os cuidados dos filhos, trabalho, se recebe o BPC e o principal responsável do cuidado, por exemplo:

M.I “...Fiz até a 7ª série...Dona de casa mesmo, cuidando da minha filha / é só o da minha filha, só o BPC...”

M.II “...Tenho ensino médio completo...Não tem o BPC, ainda vive na mão do advogado. Sou dona de casa e o trabalho é do pai dele, trabalha na grendene, 8h por dia...eu e meu menino que cuida dele”.

M.III “Ensino médio completo. Tenho BPC, é só o benefício mesmo, só cuidando dele mesmo, a nossa (marido e eu) fonte de renda é essa mesmo...Cuida eu e o pai dele...”

M.IV “...Tenho curso superior completo, sou formada em medicina veterinária. Não tenho BPC.Trabalho na prefeitura de sobral no cargo de veterinária e a fonte de renda é essa e do meu marido. Trabalho 40h semanais, dia de terça pela manhã, levo ele na fono e na terapia ocupacional, pego uma declaração e justifico no trabalho...Eu e meu marido que cuidamos...”

5.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO NEP

Para ser atendido nessas Policlínicas o paciente precisa ser referenciado pela Unidade Básica de Saúde do município ou transferido de outra unidade de saúde. Diante das demandas existentes, foi criado um fluxo assistencial com o objetivo de melhorar o atendimento em todos os níveis de Atenção à Saúde: Atenção Primária, Secundária e Terciária possibilitando a operacionalização da regulação e o acesso aos serviços de saúde. O fluxo é utilizado pelos gestores de sistemas de saúde e gestores de unidades assistenciais. Se for identificada infecção pelo zika vírus durante a gestação, a equipe imediatamente encaminha a gestante para a realização de mais exames. Caso haja confirmação, a gestante será acompanhada no pré-natal de alto risco até o final da gestação, na Policlínica (LEAL *et al.*, 2017). Quando perguntado aos profissionais que compõem o NEP, como percebem a inclusão e a elegibilidade dos pacientes, afirmam que:

P.I “...A criança é encaminhada pela atenção básica, para o pediatra, se ele tiver algum atraso neuropsicomotor ou se ele for prematuro e que não der para saber ainda algum atraso, ela encaminha para os profissionais para avaliar e serem acompanhados. Nós durante todos esses anos, a gente conseguiu receber todas as crianças, nenhuma criança que estivesse dentro do perfil do NEP, que é ter o atraso neuropsicomotor, deixou de ter assistência. Geralmente, elas justificam, mas quando elas somem por um período longo, ai eu entro em contato com elas. A justificativa maior é por doença...”

P.II “...Eles fazem o atendimento com o médico, quando o médico vê, daqui da policlínica, a necessidade do acompanhamento da estimulação precoce, ele é encaminhado e acolhido pela Leônia, a assistente social, e é feito a avaliação, que no momento só tem fono e fisio, geralmente ele vem encaminhado pelo município de origem. Quando eles completam 3 anos, que é até a faixa etária que a gente atende, elas já entram sabendo, quando completam 3 anos, eles vão ser desligados ou por algum outro motivo, mas geralmente é só pela idade mesmo, quando chega na idade, é feito uma alta referenciada, colocando as evoluções que o paciente apresentou durante o período que ele foi acompanhada e encaminha para o município para que possa dar continuidade pelo município mesmo....”

P.III “...O município encaminha/marca pela regulação para o pediatra ou neuro pediatra e o pediatra ou neuro pediatra encaminha para o serviço (NEP). Ao ser acolhido a criança, eles já assinam um termo que com 3 anos de idade, ele será desligado ne? Mas por exemplo, com atraso neuropsicomotor, quando uma criança tem uma evolução, antes dos 3 anos e já dar pra dar alta. A ficha de contra referência é só quando ela tem que voltar pro município, e ai a gente faz a alta dela. A partir de 3 faltas sem justificativas, será desligado, só que a gente entende que essas crianças adoecem muito ne? Tem muita dificuldade de transporte, porque vem de outro município e a gente acaba sendo mais leve e vai deixando ne?...”

A rede de Atenção Básica à Saúde brasileira vinha ampliando a cobertura de acesso aos serviços de saúde em todo o país até 2017, principalmente por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), que juntas constituem a principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A atuação das equipes multiprofissionais de saúde da família facilitou o acesso à rede e possibilitou a implantação de medidas e ações de vigilância à saúde, como a detecção precoce de casos suspeitos de doenças como dengue, chikungunya e Zika, principais arbovírus urbanos do país, além de para a realização de ações de saúde materno-infantil nos territórios atribuídos (Peiter *et al.*, 2020). Para as mães entrevistadas quando questionadas como conseguiram a marcação/agendamento para os serviços na

Policlínica, quando faltam os atendimentos, se justificam e por qual motivo, elas respondem o seguinte:

M.I “...Foi pela secretaria, até porque quando fiz o exame, eles já me deram um papel pra levar pra secretaria de saúde, pra que eu tomasse logo a providência ne? Ai de lá foi que disseram que eu colocasse ela aqui na policlinica. Ai começou também pela secretaria de saúde. Toda vez quando eu falto, eu justifico sim, às vezes, eu falto, quando ela pega uma gripe, uma coisa assim ne? Mas as vezes, eu falto por de mim também, que eu preciso ir no médico. É só por conta de médico, pra resolver qualquer outra coisa minha, eu já não falho, eu só falho mesmo, se eu tiver doente. Teve uma vez, que eu passei um dia muito doente, era um tempo que achavam que era corona, mas assim, pra mim, ter outro tipo de compromisso pra não trazer ela, eu jamais faço isso...”

M.II “...Ele era lá do centro de reabilitação (em sobral), ai de lá, eles passaram pra cá, me encaminharam pra cá, porque disseram que era melhor, tinha mais coisas. Justifico, às vezes, é só problema de doença mesmo, alguma coisa que eu sinto, ou com o outro meu menino que vem comigo, porque tenho uma dor no meu braço e não posso ficar segurando ele direto...”

M.III “...Foi lá né, do hospital de Moraújo que eles têm convenio com aqui né? Ai depois, quando ele inteirou os 3 anos, ele saiu e tava esperando a vaga que era pra ir pra fono ne? (SAI). Justifico, mas raramente a vez que eu falto, só se ele tiver doente, mas eu faço o possível e o impossível pra vir...”

M.IV “...Insistindo muito, indo atrás todo dia, lá na marcação de consulta e inclusive, acho que o município ou estado deveria fornecer mais profissionais de fono, a terapia individual, porque cada criança tem uma necessidade diferente...”

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, nº 13.146 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), foi instituída em 06 de julho de 2015 destinada a assegurar e promover, em condições de igualdade, os direitos e as liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. Cabe ao Estado, à sociedade e à família garantir à pessoa com deficiência, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à educação, à previdência social e à reabilitação, entre outros, de modo a garantir seu bem-estar pessoal, social e econômico (BRUNONI et al., 2016). Em se tratando do direito garantido as famílias que necessitam de atendimento à saúde e a garantia de transporte sanitário para seus deslocamentos, podemos destacar algumas insatisfações relatadas através das mães entrevistadas, veja:

M.I “...É pela prefeitura, pelos carros de lá, porque logo no começo a dificuldade era maior, mas a dificuldade maior que eu digo, é quando a gente vinha, que ela era mais bebê, a gente chegava aqui, ai terminava o atendimento, ai ficava aqui horas e horas e horas, eu precisava ligar pra eles virem me buscar. Agora melhorou bastante, porque eles trazem a gente e já esperam logo...”

M.III “...O que eu acho mais ruim é porque vem cedo e aqui é questão de meia hora, ai termina e eu fico até 11h esperando o transporte da prefeitura pra voltar ne? Ele é uma criança especial, ai você sabe né? Ele fica zangadim, que tem que ser as coisas do jeito dele ne? Chego aqui as 6h e volta 11h, às vezes, eu prefiro pagar pra chegar lá mais ligeiro ne? Que quebra toda a rotina dele né? Passa a hora do sono dele, a comida, toda coisa...”

A Secretaria da Saúde do Ceará, por meio da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde – COPAS, da Coordenadoria Regional de Saúde – CORES e da Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde – COPROM, estabeleceu um conjunto de estratégias, de forma articulada, em parcerias internas governamentais e não governamentais, com destaque para a formação de diversos grupos técnicos de trabalho e Comissões O Ministério da Saúde, por meio da Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia. Essa Portaria tem como objetivo esclarecer, no mais curto prazo e na forma mais confortável para as crianças e suas famílias, o diagnóstico de todos os casos suspeitos, otimizando o uso da capacidade instalada disponível, e orientando a continuidade da Atenção à Saúde de todas as crianças com diagnóstico confirmado ou excluído para microcefalia. No Ceará, a Secretaria da Saúde do Estado designou seis hospitais e Policlínicas, das 5 macrorregiões, para recebimento dos casos suspeitos e posterior encaminhamento para as intervenções necessárias (LEAL *et al.*, 2017). Mesmo com a rápida prontidão do Estado do Ceará, por meio da Secretaria de Saúde do Estado, o financiamento dessas ações é questionável, assim como relata a entrevistada, a seguir:

G.I “...eu tenho conhecimento de que nós não tivemos nenhum aporte financeiro a mais no valor financeiro de rateio da unidade, tendo em vista que o modelo de gestão é consórcio público, onde a gente recebe

um valor fechado do estado e dos municípios que nós atendemos, então foi realmente com as reservas que a unidade tinha, com alguma reserva de caixa. A criança era acolhida pelo assistente social, mas passava por todo o trâmite administrativo de regulação que qualquer outro paciente passa, então a nossa estrutura já implantada, acolheria a partir de então, também, esses atendimentos para o NEP de sobral...”

5.5 ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO NEP

O desenvolvimento infantil é um processo multidimensional que se inicia com o nascimento e que engloba o crescimento físico e a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Crianças com microcefalia e prejuízos do desenvolvimento neuropsicomotor beneficiam-se de Programa de Estimulação Precoce, que objetiva estimular a criança e ampliar suas competências, abordando os estímulos que interferem na sua maturação, para favorecer o desenvolvimento motor e cognitivo. A criança deve ser inserida nesse programa, que deve ter seu início tão logo o bebê esteja clinicamente estável e se estender até os 3 anos de idade. Esta é a fase em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente, constituindo oportunidade para o estabelecimento das funções que repercutirão em maior independência e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida no futuro (MS, 2016). Tratando da efetividade das ações realizadas no NEP para as crianças com Microcefalia, pode-se destacar a fala da gestora da Policlínica quando se pergunta sobre impactos causados para o desenvolvimento neuropsicomotor dessas crianças, a seguir:

G.1 “...primeiro impacto foi delas terem acesso a estimulação precoce na região em que elas moram. Nós conseguíamos ver um acompanhamento, em termos de fato, acompanhamento das mães, uma vez que é as meninas tinham um conjunto de atividades, fazia parte do cuidado de cada criança é o acompanhamento e a evolução dessa mãe, no aspecto psicológico, emocional da mãe, para lidar com aquela situação, que para todas elas, era algo absolutamente novo. O outro impacto que nós tivemos e aí não sei se isso aconteceu em outras unidades, mas nós vimos a necessidade de ter uma atenção a essa criança de forma compartilhada com atenção primária, então na época, nós fizemos o cadastro de todas as crianças que eram atendidas no NEP e fizemos um grupo com a equipe de saúde da família daquele município, sobretudo no que diz respeito a enfermeira do posto de

saúde da família, o agente comunitário de saúde. porque nós vimos a necessidade das meninas instrumentalizar as mães também, para o cuidado em casa, porque essas crianças, o plano de cuidado delas. Eu posso citar aqui, foi o fato de que nós, uma consequência, o resultado disso que a gente fez, foi justamente o sai. porque isso foi um impacto também, porque agora, o que eu faço com essa criança, quando ela completar 3 anos? ela vai para onde? ela precisa continuar uma linha de desenvolvimento que não é mais estimulação precoce, porque tecnicamente, não tem mais impacto sobre o desenvolvimento dela, mas ela precisa continuar na terapia ocupacional, precisa continuar na fisioterapia, então, esse foi o impacto gerado também, que aí foi implantação desse novo serviço de continuidade do cuidado, que foi o SAI...”

A maioria dos casos de microcefalia é acompanhada de alterações motoras e cognitivas que variam de acordo com o grau de acometimento cerebral. Em geral, as crianças apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com acometimento motor e cognitivo relevante e, em alguns casos, as funções sensitivas (audição e visão) também são comprometidas. O comprometimento cognitivo ocorre em cerca de 90% dos casos (MS, 2016). Para as mães entrevistadas, o período que coincidiu com a Pandemia do Corona Vírus em 2019 (COVID-19), também gerou impacto negativo nesse processo evolutivo do desenvolvimento neuropsicomotor de seus filhos, mas relatam que antes desse período, já percebiam melhoras significativas, como afirmam abaixo:

M.I “...Que teve esse período que parou também, que a gente passou muito tempo sem vir cá, né? Por causa dessa pandemia tava muito forte e não tava funcionando, aí a gente percebe o quando eles param de fazer, a gente percebe que eles ficam necessitados disso né? Assim a involução dela que eu digo é so no modo dela se sentar, mas a mãozinha dela melhorou muito, era fechada, hoje ela já abre a mãozinha, ela consegue comer bem...”

M.III “...Maravilhoso. Graças a deus, se não fosse isso, eu acho que ele não tinha nem se desenvolvido, porque, ele começou aqui, ele não sentava, depois que ele foi pro NEP, ele sentou, ele engateou, só não faz andar ainda né? E nem falar. Sempre eles falam o que tem que fazer em casa, faça isso, continue fazendo...”

M.IV “...Aqui, pra mim, se equipara a uma clínica particular, tranquilamente. É ótimo, nota 10. Ele é atendido só pela fono, e pelo município, lá no centro de reabilitação, ele faz fisioterapia. La também tem a psicóloga e psicopedagoga...”

Entende-se a estimulação precoce (EP) como uma abordagem de caráter sistemático e sequencial, que utiliza técnicas e recursos terapêuticos

capazes de estimular todos os domínios que interferem na maturação da criança, de forma a favorecer o desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, linguístico e social, evitando ou amenizando eventuais prejuízos (LIMA; FONSECA, 2004; RIBEIRO et al., 2007; HALLAL; MARQUES; BRACHIALLI, 2008). A Tecnologia Assistiva (TA) ainda é um termo novo usado para identificar uma extensa gama de equipamentos, recursos e serviços utilizados para reduzir os problemas funcionais e promover vida independente e conseqüente melhoria da qualidade de vida e inclusão social da Pessoa com Deficiência. O Sistema Único de Saúde, por meio dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e dos Serviços de Saúde Auditiva, Física, Visual e Intelectual em todo país podem realizar a concessão de várias TA: procedimentos, medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais do SUS. As profissionais entrevistadas referem em relação ao acompanhamento terapêutico, mais especificamente na estrutura e insumos ofertados ou não, para que o desenvolvimento das terapias seja eficiente é necessário alguns pontos, como pode-se ver em seus discursos abaixo:

P.I “...Nós temos uma sala, onde a gente tem privacidade para fazer o atendimento com as mães, temos toda uma estrutura, em termo de...se eu precisar entrar em contato, eu tenho telefone com linha direta que eu faço esse contato. A questão do acesso das crianças a médicos, a exames, nós temos uma quantidade de vagas diferenciadas para as crianças do NEP. Se o médico pediu um retorno com 1 mês, ele já marcado e já faz aquele retorno, pediu um exame, ele tem todo o acompanhamento dessa criança. Nós estamos iniciando esse serviço agora. Então ele vem encaminhado também pelo município já com a solicitação daquela prótese, daquela órtese, é avaliada pela fisioterapeuta, ai vai pra SESA, pra secretaria de saúde do estado, ele vai receber essa prótese na superintendência de saúde de sobral e depois ele retorna pra policlínica pra fazer a reabilitação...”

P.II “...A estrutura física da sala que a gente tem, é muito boa, o espaço é muito amplo, mas em relação a material, que a gente precisa de brinquedos que são os recursos para terapia é um pouquinho falho...”

P.III “...A gente tem estrutura, você vê a gente tem uma sala higienizada, uma sala ampla, o que falta é alguns brinquedos, que vai quebrando e a gente não tem a facilidade de tá repondo ne? Tem que esperar uma licitação e isso acaba demorando muito. Na estimulação precoce, o material, o equipamento é o brinquedo, como temos que higienizar, o álcool as vezes danifica e a gente tem que usar o álcool ne e ai acaba que a gente não tem como repor e ai a gente fica sem esse brinquedo...”

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa nos revela que o Estado do Ceará e em conjunto com o Ministério da Saúde em 2016, demonstraram interesse e prontidão para o desenvolvimento de Políticas Públicas de Saúde voltada para a Epidemia do Zika Vírus. Ter o conhecimento de como funciona o NEP, como foi estruturado e como vem se mantendo e se transformando para manter esse atendimento às crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor é uma forma complexa e enriquecedora, mesmo sabendo o quanto se busca para aprimoração e adequação baseada nas necessidades da população e dos serviços.

Foram avaliadas cinco dimensões que envolvem a implantação do NEP através de entrevistas semiestruturadas e gerando 05 unidades de sentido, a seguir: Implantação do NEP, com relatos bem significantes para todos os entrevistados, devido ao acesso a saúde das crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus, passaram a ter dentro da ADS de Sobral; Fragilidades e Potencialidades do NEP, podendo ser citadas infraestrutura, facilidade de marcação de consultas, fragilidade para licitações de materiais e contratações de novo profissionais, assim como a continuidade do apoio técnico-científico do Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP); Perfil socioeconômico das crianças com Microcefalia assistidas no NEP, que evidenciou a falta de trabalho por parte das mães, pois se dedicavam integral aos cuidados dos filhos, mostrando também a importância do BPC, suas condições educacionais precárias, assim como de cuidado a saúde; Operacionalização do NEP corroborando com a coordenação e ordenação da atenção básica, para os devidos encaminhamentos para marcação/agendamento no NEP e por último, Acompanhamento Terapêutico no NEP, foi em suma avaliado por todos os entrevistados como um avanço para o desenvolvimentos neuropsicomotor das crianças em atendimentos, mesmo com números menores e tempo por faixa etária de atendimentos que as mães solicitam, com um espaço físico improvisado, porém, acolhedor e espaçoso para a demanda.

É ainda preciso pensar em melhorias e avanços para esta população, como aumento de serviços dentro da rede de saúde, principalmente para novas síndromes e/ou transtorno do espectro autista, a importância de haver educação permanente para os profissionais, tanto os veteranos, quanto os novos que há necessidade de contratação ou concurso público com salários compatíveis ao mercado. O financiamento para que o serviço seja ampliado e garantir o acesso, pensar em forma de cuidado de saúde para as mães/cuidadores, bem como trabalho, renda e lazer. Outro fator que está velado é a educação básica dessa população, a dificuldade de matrícula e de manter dentro da escola. O transporte sanitário de qualidade e com tempo de espera mais estratégico para agilidade no ir e vir, bem como para os atendimentos de saúde, quanto escolares.

Enquanto pesquisadora e atuante no Sistema Único de Saúde (SUS), me sinto muito honrada em trilhar esses caminhos com todos os que participaram desta pesquisa. Meu compromisso é partilhar os resultados para que sejam discutidos entre os profissionais de saúde e com os gestores locais/estaduais, a fim de se buscar estratégias que possam potencializar os atributos que foram bem avaliados e melhorar aqueles que estão necessitando.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves JS, Sampaio AD, Siqueira HCH, Pereira QLC. **Síndrome congênita do Zika vírus: relato de experiência profissional.** J. nurs. health. 2019;9(3):e199304.
- ARAÚJO, Wánderson Cássio Oliveira. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **Convergências em Ciência da Informação**, Aracaju, v. 3, n. 2, p. 100-134, maio/ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>.
- BARBOSA, L. A.; DE BEM, I. P. Microcefalia pelo Zika Vírus: as ações dos Poderes Legislativo e Executivo brasileiros no combate à epidemia. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 127-146, 2018. DOI: 10.17566/ciads.v7i1.460. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/460>. Acesso em: 5 fev. 2021.
- Bardin L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.
- Becker H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Hucitec; 1993.
- Bosaipo, D.S, LAMY, Z.C, Oliveira, P.S, Gomes, C.M.R.P, Assis, M.R.M, Ribeiro, M.R.C, Alves, M.T.S.S.B. **Itinerário terapêutico de crianças com microcefalia pelo vírus zika.** Cien Saude Colet [periódico na internet] (2019/Ago). [Citado em 27/09/2019].
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y.; **Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização.** In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (org); Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde – Enfoques Emergentes, Petrópolis, RJ, 2006.
- BRAGA, L. W. **Family participation in the rehabilitation of the child with brain injury.** Dev. Med. Child. Neurol., v. 52, p. 1-2, 2010. Suppl. 3.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- Brasil. Lei nº 13.301 de 27 de junho de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13301.htm [Acesso em 13.fev.2021].

- BRASIL. Ministério da SAÚDE. Nota informativa: Ministério da Saúde intensifica medidas de controle da febre Chikungunya. Brasília. DF: MS, 2014. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/geral/34429-ministerio-da-saude-intensifica-medidas-de-controle-da-febre-chikungunya>. Acesso em: 23 de fev de 2021.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **REGIONALIZAÇÃO**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/827-articulacao-interfederativa/40853-regionalizacao>>. Acesso em: 18 Set. 2019.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta a ocorrência de microcefalia relacionada a infecção pelo vírus zika**. Brasília, DF: MS, 2016. Disponível em: [Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika \[recurso eletrônico\] \(saude.gov.br\)](#).

- Brasil. Projeto de Lei do Senado nº 72 de 2016. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, para assegurar o direito as gestantes receberem gratuitamente repelente do mosquito *Aedes aegypti*. Disponível em: <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/125056> [Acesso em 10.fev.2021].

- Brasil. Projeto de Lei nº 4.485, de 2016. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2077656> [Acesso em 10.fev.2021].

- Brasil. Projeto de Lei nº. 5997, de 2016. Altera a Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016, para priorizar as iniciativas de controle com armadilhas de ovillanta no âmbito do Programa Nacional de Apoio ao Combate às Doenças Transmitidas pelo *Aedes* - Pronaedes. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2093914> [Acesso em 10.fev.2021].

- BRUNONI, Decio et al. **Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika**: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3297-3302, Oct. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003297&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.16832016>.

- Butler D. **Brazil asks whether Zika acts alone to cause birth defects**. *Nature*. 2016;535(7613):475-6.

- CAMARGO JR., Kenneth R. de. **Zika, microcefalia, ciência e Saúde Coletiva**. Physis, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, pág. 9 a 10 de março de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100009&lng=en&nrm=iso>. acesso em 05 de fevereiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100001>.
- Camargo TM. **The debate on abortion and Zika: lessons from the AIDS epidemic**. Cad Saude Publica. 2016;32(5): e00071516.
- Cardoso CW, Paploski IA, Kikuti M, Rodrigues MS, Silva MM, Campos GS, et al. **Surto de doença exantemática associada aos vírus Zika, Chikungunya e Dengue**, Salvador, Brasil. *Emerg Infect Dis*. 2015; 21 (12): 2274-6. DOI: 10.3201 / eid2112.151167.
- CASTELLS, M. – **A sociedade em rede**. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.
- Cauchemez S, Besnard M, Bompard P, et al. **Association between Zika virus and microcephaly in French Polynesia, 2013–2015: a retrospective study**. *Lancet*. 2016; 387(10033):2125–2132.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Ceará. **Boletim epidemiológico: microcefalia e alterações do SNC**. Ceará; 2016.
- Ceará: Secretaria Estadual de Saúde, 2015. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. **Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central relacionadas a infecções congênitas**. Versão Nº 03. Ceará, abril de 2016. 1ª edição – Ceará, 2016.
- CHRISTIE, W. – Keynote adress. In: ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – **Health care reform: the will to change**. Paris, OECD, Health Policies Study nº 8, Head of Publications Service, 1996.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* **L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes**. *Revue d'Épidémiologie et Santé Publique*, 48: 517-539, 2000.
- Deslandes SF, Assis SG. **Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças**. In: Minayo MCS, Deslandes SF (orgs.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002: 195-226.
- Deslandes SF, Gomes R. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas**. In: Bosi MLM, Mercado FJ (orgs.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004:99-120.

- DIAMENT, A.; CYPEL, S. **Neurologia Infantil**. São Paulo: Atheneu, 2005.
- Diniz D. **Zika**: do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. Sexualidad, Salud y Sociedad. 2016; 24:246-254. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000300246 [Acesso em 15.fev.2021].
- Diniz D. **Zika**: from the Brazilian backlands to global threat. London: Zek Books; 2017.
- DONABEDIAN, A. – **Aspects of medical care administration**. Boston, Harvard University Press, 1973.
- DRUMMOND, M. F. *et al.* **Méthodes d'Évaluation Économique des Programmes de Santé**. 2. Éd. Paris: Economica, 1998.
- DUARTE, Jhullyany dos Santos et al. **Necessidades de crianças com síndrome congênita pelo Zika vírus no contexto domiciliar**. Cad. saúde colet, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 249-256, Sept. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000300249&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Feb. 2021. Epub Oct 03, 2019. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900030237>.
- Faria NR, Azevedo RSS, Kraemer MUG, et al. **Zika virus in the Americas**: early epidemiological and genetic findings. Science. 2016;352(6283):345–349.
- FENOGLIO, K. A.; CHEN, Y.; BARAM, T. Z. **Neuroplasticity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis early in life requires recurrent recruitment of stress-regulating brain regions**. J. Neurosci., v. 26, n. 9, p. 2434-2442, 1 Mar. 2006.
- Figueiró AC, Thuler LC, Dias ALF. **Padrões internacionais dos estudos de linha de base**. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV (orgs.). Meta-avaliação da atenção básica à saúde: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008:47-70.
- Flick U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- Freitas PSS, Soares GB, Mocelin HJS, Lacerda LCX, Prado TN, Sales CMM, et al. **Síndrome congênita do vírus Zika**: perfil sociodemográfico das mães. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.24>.
- Furtado JP. **Avaliação para o conhecimento e transformação**. In: Bosi MLM, Mercado FJ (orgs.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Editora Vozes, 2006:191-206.

- Furtado, J.P. **Avaliação de Programas e Serviços**. In Campos, G.W.S., et al, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 715 - 739.
- Gadamer HG. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 2. Ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- Garcia Serpa Osorio-de-Castro, C., Silva Miranda, E., Machado de Freitas, C., Rochel de Camargo, K., Jr, & Cranmer, HH (2017). **Surto do vírus Zika no Brasil**: lacunas de conhecimento e desafios para a redução de riscos. *American Journal of Public Health* , 107 (6), 960–965. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303705>.
- Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Ribeiro da Silva CF. **Organização, processamento, análise e interpretação de dados**: In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (orgs). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005:185-93, 201-08.
- GRÉMY, F. “**Evaluation of medical action and of action in public health.**” *Effective Health Care*, v. 1, n. 1, p. 11-23, 1983.
- Guba EG, Lincoln YS. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications; 1989:22-49.
- Habermas J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: L&PM, 1987.
- HALLAL, C. Z.; MARQUES, N. R.; BRACHIALLI, L. M. P. **Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um Programa de Estimulação Precoce**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 27-34, 2008.
- Hartz, Z. M. A. (org.); Felisberto, E. (org.) &Vieira, L. M. (Org.) **Meta-avaliação da atenção básica em Saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, 410pp.
- HARTZ, Z. M. de A. & CONTANDRIOPOULOS, A. – **Integralidade da atenção e integração de serviços**: desafios para avaliar um sistema “sem muros”. Cadernos de Saúde Pública, 20: 5331-5336, 2004.
- KOLB, B. et al: **Experience and the developing prefrontal cortex**. Proc. Natl. Acad. Sci., v. 109, p. 17186-17193, 16 Oct. 2012. Suppl. 2.
- LANDIM, Daniel Moreira Paes et al. **Itinerário terapêutico**: a busca por cuidados de mães cujos filhos faleceram com menos de um ano Therapeutic rout: the search for care of mothers whose children have died less than a year. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 8, n. 3, p.

4803-4812, July 2016. ISSN 2175-5361. Disponível em:
<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4345>>.
Acesso em: 05 mar. 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4803-4812>.

- LEAL, Angela Barros *et al.* **A experiência do Estado do Ceará no enfrentamento à síndrome congênita do Zika Vírus.** Campinas - Sp: Pontes Editores, 2017. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/WEB-LIVRO-1-Programa-mais-infa%CC%82ncia-ceara%CC%81.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.

- Lesser J, Kitron U. **A geografia social do Zika no Brasil.** *Estud Av.* 2016;30(88):167-75.

- Levesque JF, Harris MF, Russell G. 2013. **Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations.** *International Journal for Equity in Health* 12: 18.

- LIMA, C. L. A.; FONSECA, L. F. **Paralisia cerebral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

- LIMA-CAMARA, Tamara Nunes. **Emerging arboviruses and public health challenges in Brazil.** *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 50, 36, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100602&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2021. Epub June 27, 2016. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006791>.

- Luz MT. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática”:** anos 80. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 1991;1(1):77- 96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311991000100004&script=sci_abstract&tlng=es [Acesso em 10.fev.2021]

- MARCOS-PABLOS, Samuel; GARCÍA-PEÑALVO, Francisco J. Information retrieval methodology for aiding scientific database search. *Soft Computing*, v. 24, n. 8, p. 5551-5560, Oct. 2018.

- MARIA-MENGEL, M. R. S.; LINHARES, M. B. M. **Risk factors for infant developmental problems.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.l.], v. 15, p. 837-842, 2007.

- Marinho F, de Araújo VEM, Porto DL, Ferreira HL, Coelho MRS, Lecca LCR, et al. **Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015.** *Epidemiol Serv Saúde.* 2016;25(4): 701-12.

- McIntyre D, Thiede M, Birch S. 2009. **Access as a policy-relevant concept in low and middle-income countries.** Health Economics, Policy, and Law 4: 179–93.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. V. **Comentários sobre as Redes de Atenção À Saúde no SUS.** Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro, RJ, n.52, p. 38-49, 2014.
- Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9.ed. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 02/2017.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Available from: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2021/fevereiro/23/2021_003.pdf.
- Ministério da saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Febre de Chikungunya: manejo clínico** [Internet]. Brasília; 2015[acesso em 2021 fev 02]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_chikungunya_manejo_clinico.pdf.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Diretrizes de atenção da triagem auditiva neonatal. Brasília, 2012.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à saúde ocular na infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais.** Brasília, 2013.
- MORIN, Edgar. **O método 2: a vida da vida.** 2ª ed. Trad. de Marina Lobo. Porto Alegre: Sulina, 2002.
- Oehler E, Watrin L, Larre P, Leparç-Goffart I, Lastère S, Valor F, et al. **Infecção pelo vírus Zika complicada pela síndrome de Guillain-Barré: relato de caso, Polinésia Francesa, dezembro de 2013.** *Euro Surveill* . 2014; 19 (9): 1-3.
- Oliveira Melo AS, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. **A infecção intrauterina pelo vírus Zika causa anomalia no cérebro do feto e microcefalia: ponta do iceberg?** *Ultrasound Obstet Gynecol* . 2016; 47 (1): 6-7. DOI: 10.1002 / uog.15831.

- PAIM, J. S. **Políticas de saúde no Brasil**. In: ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, P. 600. (no prelo).
- PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.
- Patton MQ. **How to use qualitative methods in evaluation**, 3. Ed. United States of America: Sage Publications, 1989.
- PATTON, M. Q. **Creative Evaluation**. 2. Ed. Newbury Park: Sage Publications, 1986.
- PENCHANSKY, D. B. A. & THOMAS, J. W. – **The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction**. *Med. Care*, 19:127-140, 1981.
- PEREIRA, V. A. et al. **Desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida: variáveis maternas e sociodemográficas**. *Pensando Famílias*, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 63-77, 2014.
- PERUCCI, G. **Dengue, microcefalia e Zika vírus: Como evitar?** Disponível em: <http://www.lersaude.com.br/dengue-microcefalia-e-zika-viruscomo-evitar/>. Acesso em: 18 set. 2019.
- Pinheiro R, Mattos RA. 2005. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco.
- RIBEIRO, C. T. M. et al. **Perfil do atendimento fisioterapêutico na Síndrome de Down em algumas instituições do município do Rio de Janeiro**. *Revista Neurociências*, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 114-119, 2007.
- Rossi, P. H.; H. E. Freeman & M. W. Lipsey. **Evaluation: a Systematic Approach**. 6ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999, 500 pp.
- RUSSO, I. C. P.; SANTOS, T. M. M. **Audiologia Infantil**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- SALTMAN, R. & FIGUERAS, J. **European Health Care Reform: analysis of currents strategies**. Copenhagen: WHO, Regional for Europe, 1997.
- Schraiber LB. **Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica**. *Cad Saúde Públ* 1995; 29(1):63-74.
- Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Nota Técnica: **Vigilância do zika vírus no Ceará**.

- Serapioni, M.; Lopes, C.M.N.; Silva, M.G.C. **Avaliação em Saúde**. In Rouquayrol, MZ; Gurgel, M (orgs.). *Epidemiologia & Saúde*. 7ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013, p. 533 – 557.
- Spink P. **Análise de documentos de domínio público**. In: Spink MPJ (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2004:123-51.
- Stake RE. **Case studies**. In: Denzin NK, Lincoln YS (eds). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications, 1994:234-247.
- Thiede M, McIntyre D. 2008. **Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note**. *Cadernos de Saúde Pública* 24: 1168–73.
- TORNATZSKY, L. G. & JOHNSON, E. C. **Research on Implementation: implications for evaluation practices and evaluation policy**. *Evaluation and Program Planning*, 5: 193-198. 1982.
- Travassos C, Martins M. 2004. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. *Cadernos de Saúde Pública* 20: S190–8.
- Triviños ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- Victora CG, Schuler-Faccini L, Matijasevich A, Ribeiro E, Pessoa A, Barros FC. **Microcephaly in Brazil: how to interpret reported numbers?** *Lancet*. 2016; 387(10019):621–624.
- VIEIRA-DA-SILVA, L.M. “**Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde**.” *Ciência e saúde coletiva*, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.
- VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L.A. “**Avaliação em saúde: limites e perspectivas**.” *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 1, p. 80-91,1994.
- Wikan N, Smith DR. **Zika virus: history of a newly emerging arbovirus**. *Lancet Infect Dis*. 2016;16(7):119-26.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems**. Geneva, World Health Organization, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Integrated health services: what and why?** Geneva, World Health Organization, Technical Brief nº 1, 2008b.

- WORTHEN, B. R.; J. R. Sanders & J. L. Fitzpatrick. **Avaliação de programas:** concepções e práticas. São Paulo: Edusp-Gente, 2004, 730 pp.
- Yin RK. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. **Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais.** Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 30, n. 1, pág. 25-33, março de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000100004&lng=en&nrm=iso>. acesso em 05 de março de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004> .
- **Zika vírus:** desafios da saúde pública no Brasil. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 19, n. 2, pág. 225-228, junho de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000200225&lng=en&nrm=iso>. acesso em 13 de fevereiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020001> .
- ZÚÑIGA, R. **L'évaluation sur la place publique:** Science, éthique et politique. *Cahiers de recherche sociologique (Université du Québec à Montréal)*, vol. 35, L'évaluation sociale: um enjeu politique, pp. 15-30, 2001. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/itinerario-terapeutico-de-criancas-com-microcefalia-pelo-virus-zika/17327?id=17327> https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Avaliação de implantação do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP), para o atendimento às crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), na Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Sobral”, por meio da pesquisadora, Bruna Maria Osterno Mourão, mestranda em Saúde Pública, através da Universidade Federal do Ceará (UFC). Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Todos os custos de material e insumos serão custeados pela pesquisadora. O objetivo deste estudo é avaliar a implantação do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP), para o atendimento às crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), na Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Sobral. Sua participação nesta pesquisa consistirá em um grande auxílio para o conhecimento do serviço que você faz parte. Os procedimentos utilizados na coleta de dados, através de entrevista poderão trazer algum desconforto como quebra de sigilo das informações e constrangimento. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido pela pesquisadora, através do entendimento da situação, e medidas de minimizar ou extinguir os riscos. Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de demonstrar para a sociedade científica. Os benefícios relacionados com sua participação não são apenas para a pesquisa, mas sim para toda comunidade civil e científica da saúde pública, por abordar um tema não bem explicitado nessa população, esperando fortalecer o atendimento de crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus como estratégia de assistência integral a saúde. Por isso, esperamos alcançar esses benefícios tardios e indiretos na comunidade científica e gestora dos serviços de saúde no Estado do Ceará. Se você precisar de algum tratamento ou orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento,

você será assistido pelo pesquisador a fim de minimizar os riscos da pesquisa. Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornece ou que sejam conseguidas por observação direta do pesquisados serão utilizadas somente para esta pesquisa. Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e seu nome nem suas imagens serão divulgadas em nenhum momento. O material obtido será mantido sob minha posse no período de cinco anos, depois disso serão incinerados e as imagens/gravações de voz deletadas.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Bruna Maria Osterno Mourão
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608 - Bloco Didático, 5º andar, Bairro Rodolfo Teófilo - Fortaleza, Ceará Brasil.
Telefones para contato: (85) 9.9749-1429

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG:_____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Nome do pesquisador

Data

Assinatura

Nome da testemunha

Data

Assinatura

(se o voluntário não souber ler)

Nome do profissional

Data

Assinatura

que aplicou o TCLE

Consentimento Pós-Esclarecido

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

SOBRAL-CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante de Pesquisa ou do Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos relativos a este protocolo de pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo. Fone: 33668346. Email: comepe@ufc.br

ANEXO B - PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA DE PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de implantação do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP), para o atendimento às crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), na Área Descentralizada de Saúde (ADS), de Sobral.

Pesquisador: BRUNA MARIA OSTERNO MOURAO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52176521.1.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.060.300

Apresentação do Projeto:

A natureza desta pesquisa é de caráter descritivo com abordagem metodológica qualitativa, centrado na Pesquisa Avaliativa, com base na análise de implantação com o objetivo de delimitar melhor os fatores que facilitam ou que comprometem a implantação de uma intervenção. Local de pesquisa: Policlínica Bernardo Félix da Silva, no Núcleo de Estimulação Precoce (NEP), localizada no município de Sobral, pertencente da Área Descentralizada de Saúde Sobral (ADS). Os sujeitos da pesquisa: profissionais da saúde e de gestão que atuam na Policlínica descrita acima, bem como as mães/cuidadores das crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus. As técnicas e instrumentos de coletas de dados a serem utilizadas são: observação participante, entrevista semiestruturada e análise documental. Para organização e interpretação do material qualitativo levantado será adotada a perspectiva hermenêutica-dialética, partindo dos parâmetros da interpretação dos sentidos proposta por Minayo (2006), com base em Gadamer (1998) e Habermas (1987).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a implantação da intervenção do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP), para o atendimento às crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), na área descentralizada de saúde (ADS) de Sobral.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3386-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.060.300

- Realizar análise documental dos principais documentos de implantação do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP);
- Identificar as fragilidades e potencialidades do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP);
- Traçar o perfil socioeconômico das crianças com Microcefalia assistidas pela Policlínica, por meio da análise dos prontuários;
- Identificar a operacionalização do Núcleo de Estimulação Precoce (NEP) a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde;
- Compreender a percepção das mães/cuidadores do acompanhamento terapêutico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os procedimentos utilizados na coleta de dados, através de entrevista poderão trazer algum desconforto como quebra de sigilo das informações e constrangimento. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido pela pesquisadora, através do entendimento da situação, e medidas de minimizar ou extinguir os riscos.

Benefícios:

Os benefícios relacionados com sua participação não são apenas para a pesquisa, mas sim para toda comunidade civil e científica da saúde pública, por abordar um tema não bem explicitado nessa população, esperando fortalecer o atendimento de crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus como estratégia de assistência integral a saúde. Por isso, esperamos alcançar esses benefícios tardios e indiretos na comunidade científica e gestora dos serviços de saúde no Estado do Ceará.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois segundo a pesquisadora a natureza desta pesquisa é de caráter descritivo com abordagem metodológica qualitativa, centrado na Pesquisa Avaliativa. No caso desta pesquisa, baseia-se na análise de implantação com o objetivo de delimitar melhor os fatores que facilitam ou que comprometem a implantação de uma intervenção.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos e documentos para inserção do projeto no COMEPE UFC.

Recomendações:

Aprovado salvo melhor juízo do COMEPE_UFC.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Telefone: (85)3366-8344

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 5.060.300

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1818277.pdf	23/09/2021 08:37:01		Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_POLICLINICA.pdf	23/09/2021 08:34:30	BRUNA MARIA OSTERNO	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CARTA_SOLILICITANDO_APRECIACAO_CEP.pdf	23/09/2021 08:15:29	BRUNA MARIA OSTERNO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	23/09/2021 08:01:38	BRUNA MARIA OSTERNO	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES.pdf	11/09/2021 11:24:59	BRUNA MARIA OSTERNO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	11/09/2021 11:22:43	BRUNA MARIA OSTERNO MOURAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	11/09/2021 11:21:02	BRUNA MARIA OSTERNO MOURAO	Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO_FINANCEIRO.pdf	11/09/2021 11:18:55	BRUNA MARIA OSTERNO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DOS_PESQUISADORES_ENVOLVIDOS_NA_PESQUISA.pdf	11/09/2021 11:18:40	BRUNA MARIA OSTERNO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	11/09/2021 11:18:23	BRUNA MARIA OSTERNO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.060.300

FORTALEZA, 25 de Outubro de 2021

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

**ANEXO C - CATEGORIZAÇÃO DA TRANSCRIÇÃO DOS MATERIAIS
COLETADOS ATRAVÉS DAS ENTREVISTAS COM OS SUJEITOS DA
PESQUISA**

UNIDADES DE SENTIDO	PROFISSIONAIS	MÃES	GESTÃO
Implantação do NEP	<p>P.I "...NEP foi um benefício grande para as mães que tiveram crianças com atraso no desenvolvimento/neuropsicomotor, porque antes elas teriam que se deslocar para locais mais distantes, como a capital para algum atendimento..."</p> <p>P.II "...É a referência para os pacientes a questão desse atendimento, principalmente da estimulação precoce e como só existe ele em Sobral..."</p> <p>P.III "...Quando foi implantado, foi pra crianças com micro, que eu acho que o governo se preocupou de início com as crianças com micro, que na realidade, já precisava de um serviço desse, bem a mais tempo, porque não só as crianças necessitam de um atendimento multiplene?..."</p> <p>P.III "...só então, com a Zika, com a microcefalia, que eles, o governo se preocupou em vir com esse atendimento..."</p> <p>P.III "...eu acho, como a gente tá agora, atendendo amplo, todo tipo de patologia, até criança somente com atraso, que também precisam e é difícil esse tipo de terapia, de atendimento multiplene não existia ne?..."</p>		<p>G.I "...o grande fato disparador dessa iniciativa do governo do estado foi realmente o surto de Zika vírus que nós tivemos, muitas gestantes que acabaram contaminadas aí pelo vírus Zika né, e aí começaram a eclodir aí no Nordeste, no Ceará e também no interior do Ceará..."</p> <p>"... o grande disparador foi esse surto de Zika vírus e o fato de nós não termos esse serviço à disposição das famílias no interior do estado, e a uma das as estratégias utilizadas o governo do estado, aí dentro de um olhar interdisciplinar/multiprofissional e de parceria com as instituições de ensino..."</p> <p>"...a primeira-dama, também, como uma pesquisadora né, se aproximou muito das instituições formadoras, sobretudo das universidades e aí essa aproximação dela, acredito que ela enxergou naquele momento a oportunidade de formar um núcleo de pessoas em todas essas unidades, uma vez que as policlínicas tinham nas suas unidades essa figura do fisioterapeuta, do terapeuta</p>

			<p>ocupacional e do fonoaudiólogo...”</p> <p>“...então toda a estratégia utilizada pelo governo do estado, realmente foi fechar uma parceria com o núcleo de estimulação precoce – NUTEP, da faculdade de medicina, da UFC, para a formação dessa equipe multiprofissional, que atuaria nas unidades. Então na época nós fomos convidadas, cada policlínica foi convidada a encaminhar a sua equipe multiprofissional que atuaria na execução do atendimento de estimulação precoce com as crianças para o NUTEP...”</p> <p>“...a gente recebeu a visita da equipe do NUTEP também aqui na policlínica de sobral, onde eles vieram identificar a nossa estrutura física, como nós estávamos para implantação do serviço. Eles vieram dar esse suporte técnico para instituição e apresentar documentos, falar sobre a questão de acesso, dos materiais que a gente precisaria, enfim todo esse suporte, então posso dizer ai que foram essas as estratégias que o governo do estado utilizou...”</p>
<p>Fragilidades e Potencialidades do NEP</p>	<p>P.I “...Ter o acesso, tá mais próximo delas, dentro da região de saúde e de ter uma assistência completa, porque eu acredito que tenha...”</p> <p>P.I “...eles têm uma assistência com pediatria, se precisar todo mês, eles têm a consulta, tem</p>	<p>M.I “...Eu me sinto acolhida sempre, desde o começo...”</p> <p>M.I “...elas sempre falam ne? O que elas fazem aqui, elas também ensinam a gente a fazer em casa também, porque a</p>	<p>G.I “...a gente teve muitas dificuldades no início, assim como eu te disse, foi algo que chegou...a demanda eclodiu, algo aconteceu e nós tivemos que nos adequar muito rapidamente, financeiramente falando,</p>

	<p>neuropediatra, tem oftalmo...”</p> <p>P.I “temos os profissionais, como, a nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, tem a fono, tem os exames, conforme a necessidade é pedido os exames de ultrassom, t.c., de audiometria, então assim, eles têm esse benefício...”</p> <p>P.I “...o que eu acho assim, ruim, apesar de estar dentro da região de sobral, não deixa de ter o deslocamento, daqueles municípios mais distantes e eles têm que acordarem muito cedo para vir e não deixa de ser um desgaste...”</p> <p>P.I “...algumas têm essa dificuldade de transporte e reclamam, porque as vezes, moram no distrito, aí o carro não vai pegar no distrito...”</p> <p>P.II “...Só vejo positivo ne? Por ser um equipamento do sus e muito necessário para as famílias, que são famílias muito carente que a gente atende...”</p> <p>P.II “...os materiais que a gente precisa, os brinquedos...”</p> <p>P.III “...Só vejo lado positivo, porque é uma oportunidade de que essas crianças têm de ter atendimento qualificado, atendimento seguro...”</p> <p>P.III “...o único negativo que a gente tem hoje, é porque a gente ta com desfalque na equipe ne?...”</p> <p>P.III “...mas só eles terem acompanhamento de 3 em 3 meses com o pediatra, com neuro pediatra, faz exames aqui dentro, faz exame de sangue, laboratoriais...”</p>	<p>maioria do tempo é com nois...”</p> <p>M.I “...Eu me sinto acolhida sempre, desde o começo...”</p> <p>M.I “...elas sempre falam ne? O que elas fazem aqui, elas também ensinam a gente a fazer em casa também, porque a maioria do tempo é com nois...”</p> <p>M.II “...Não tenho nada pra reclamar não”.</p> <p>M.III “...Ele passou 6 meses afastado, foi aquela época da pandemia, mas se não tivesse aparecido a pandemia, ele tinha melhorado mais ainda ne?”</p> <p>M.III “...quando ele tava no nep e se ele precisasse de alguma consulta, eles aqui já marcava, não precisava a gente ir marcar ali, precisasse de um psicólogo, de uma coisa, tudo aqui, a gente tinha direito ne?...”</p> <p>M.IV “...Essa menina é maravilhosa, ele gosta muito dela. E tem bons resultados também, a gente tem um diálogo muito bom...”</p> <p>M.IV “...E olha, sinceramente, deveriam ampliar, porque...eu levei ele na pediatra ontem, tinha umas quatro crianças, mais ou menos na mesma faixa etária, na mesma condição...”</p> <p>M.IV “...se você for no postinho de saúde, você vai ouvir muitos relatos das mães e acaba sobrando pra mãe...”</p> <p>M.IV “...meu marido é super companheiro, ta</p>	<p>estruturalmente falando e assim essa adequações foram fatores dificultadores, por exemplo, eu não tinha fonoaudiólogo, eu tive que mexer na oferta da minha pactuação, porque eu tinha que trabalhar com a fono que eu tinha, eu tive que diminuir a oferta de terapia ocupacional, porque eu tinha que trabalhar com a t.o. que eu tinha, então esses foram pontos que dificultaram, uma outra questão que dificultou foi realmente a aquisição dos materiais e nós tivemos que fazer compras num estalar de dedos e nós seguimos todo o trâmite de compras públicas pela lei 8666...”</p> <p>“...o tempo de capacitação do NUTEP, foi um tempo relativamente pequeno, mesmo que eles né tenham dado todo o suporte, mas por exemplo, foi feito termo de cooperação técnica com tempo limitado, então um ano depois, a gente já não tinha mais aquele suporte e aí por exemplo, eu tive profissionais que saíram do serviço e eu me vi na situação de não ter mais um amparo técnico...”</p> <p>“...há uma dicotomia e um paradoxo, nós temos os empregados públicos do consórcio, eles têm um contrato de no máximo 2 anos e aí por exemplo, nós sabemos que os salários que os consórcios pagam, são bem abaixo do valor de</p>
--	---	---	---

		<p>ali fora, é porque não deixam ele entrar, porque só pode entrar um acompanhante...”</p> <p>M.IV “...mas é muito mais difícil, eu vejo mais é mãe aqui mesmo, só as mães. Porque aí? Como é que você trabalha e ainda cuida de uma criança especial...”</p>	<p>mercado hoje, para essas categorias profissionais, tanto é, que eu estou tendo dificuldade há meses de contratar um terapeuta ocupacional. entende? esse é um problema, aí o outro problema é, se quando eu contratar, se eu não já estabelecer, como condição prioritária que ele tenha especialização em estimulação precoce, que é outro fator dificultador...”</p> <p>“...acredito que o fator facilitador foi que a equipe abraçou a proposta, mesmo que tenha chegado de forma intempestiva, assim com muita pressa né?...”</p> <p>“...um outro que eu possa lembrar, aqui fazendo uma retrospectiva histórica de tudo, acho que a criatividade que nós tivemos de ter um espaço e transformá-lo jardim né?...”</p> <p>“...outro fator que nos ajudou bastante no início e nós precisamos passar também o trabalho multiprofissional de equipe, mesmo, para estarmos fazendo os diagnósticos clínicos da microcefalia, nós participamos nós participamos de um grande mutirão aqui na região, em termos de macro região e aí a minha equipe médica foi bastante engajada para participar desse mutirão para fazer os diagnósticos de microcefalia...”</p>
--	--	--	--

			<p>‘...nós organizamos em 2016, um grande mutirão, com a participação... isso aconteceu no sábado, vieram crianças da macro região do estado, das microrregiões aqui né, então nós fizemos, a ultrassom transfontanelar, o teste do olhinho, medição do perímetro cefálico, então foi um grande atendimento que nós fizemos para que no final, essa mãe pudesse ter um laudo, até porque tinha a questão dos benefícios vinculados ao INSS, que à época já estava estudando a possibilidade do benefício...’</p>
<p>Perfil socioeconômico das crianças com Microcefalia assistidas no NEP</p>		<p>M.I “...Fiz até a 7ª série...” M.I “...Dona de casa mesmo, cuidando da minha filha / é só o da minha filha, só o BPC...” M.II “...Tenho ensino médio completo” M.II “Não tem o BPC, ainda vive na mão do advogado” M.II “Sou dona de casa e o trabalho é do pai dele, trabalha na grendene, 8h por dia” M.II “eu e meu menino que cuida dele”. M.III “ Ensino médio completo...” M.III “...Tenho BPC...” M.III “É só o benefício mesmo, só cuidando dele mesmo, a nossa (marido e eu) fonte de renda é essa mesmo...” M.III “...Cuida eu e o pai dele...” M.IV “...Tenho curso superior completo, sou formada em medicina veterinária...”</p>	

		<p>M.IV “Não tenho BPC...”</p> <p>M.IV “Trabalho na prefeitura de sobral no cargo de veterinária e a fonte de renda é essa e do meu marido”.</p> <p>M.IV “...40h semanais, dia de terça pela manhã, levo ele na fono e na terapia ocupacional, pego uma declaração e justifico no trabalho...”</p> <p>M.IV “...Eu e meu marido que cuidamos...”</p>	
Operacionalização do NEP	<p>P.I “...A criança é encaminhada pela atenção básica, para o pediatra...”</p> <p>P.I “...se ele tiver algum atraso neuropsicomotor ou se ele for prematuro e que não der para saber ainda algum atraso, ela encaminha para os profissionais para avaliar e serem acompanhados...”</p> <p>P.I “...nós durante todos esses anos, a gente conseguiu receber todas as crianças, nenhuma criança que estivesse dentro do perfil do NEP, que é ter o atraso neuropsicomotor, deixou de ter assistência...”</p> <p>P.I “...No nosso protocolo, a gente usa aquela...três faltas consecutivas sem justificativa, ele é desligado, mas até hoje, a gente não desligou...”</p> <p>P.I “...o que foi desligado sem ser por idade, ou foi por alta, porque evoluiu e não precisou mais ou a própria mãe desistiu...”</p> <p>P.I “...geralmente, elas justificam, mas quando elas somem por um período longo, ai eu entro em contato com elas. A justificativa maior é por doença...”</p> <p>P.II “...Eles fazem o atendimento com o médico,</p>	<p>M.I “...Foi pela secretaria, até porque quando fiz o exame, eles já me deram um papel pra levar pra secretaria de saúde, pra que eu tomasse logo a providência ne?...”</p> <p>M.I “...ai de lá foi que disseram que eu colocasse ela aqui na policlinia. Ai começou também pela secretaria de saúde...”</p> <p>M.I “...toda vez quando eu falto, eu justifico sim...”</p> <p>M.I “...às vezes, eu falto, quando ela pega uma gripe, uma coisa assim ne? Mas as vezes, eu falto por de mim também, que eu preciso ir no médico. É só por conta de médico, pra resolver qualquer outra coisa minha, eu já não falho, eu só falho mesmo, se eu tiver doente...”</p> <p>M.I “...teve uma vez, que eu passei um dia muito doente, era um tempo que achavam que era corona...”</p> <p>M.I “...mas assim, pra mim, ter outro tipo de compromisso pra não</p>	<p>G.I “...eu tenho conhecimento de que nós não tivemos nenhum aporte financeiro a mais no o valor financeiro de rateio da unidade, tendo em vista que o modelo de gestão é consórcio público, onde a gente recebe um valor fechado do estado e dos municípios que nós atendemos, então foi realmente com as reservas que a unidade tinha, com alguma reserva de caixa...”</p> <p>“...a criança era acolhida pelo assistente social, mas passava por todo o trâmite administrativo de regulação que qualquer outro paciente passa, então a nossa estrutura já implantada, acolheria a partir de então, também, esses atendimentos para o NEP de sobral...”</p>

	<p>quando o médico vê, daqui da policlínica, a necessidade do acompanhamento da estimulação precoce, ele é encaminhado e acolhido pela Leônia, a assistente social, e é feito a avaliação, que no momento só tem fono e fisio...”</p> <p>P.II “...geralmente ele vem encaminhado pelo município de origem...”</p> <p>P.II ““...Quando eles completam 3 anos, que é até a faixa etária que a gente atende, elas já entram sabendo, quando completam 3 anos, eles vão ser desligados ou por algum outro motivo, mas geralmente é só pela idade mesmo...”</p> <p>P.II “...quando chega na idade, é feito uma alta referenciada, colocando as evoluções que o paciente apresentou durante o período que ele foi acompanhada e encaminha para o município para que possa dar continuidade pelo município mesmo....”</p> <p>P.III “...O município encaminha/marca pela regulação para o pediatra ou neuro pediatra e o pediatra ou neuro pediatra encaminha para o serviço (NEP)...”</p> <p>P.III “...Ao ser acolhido a criança, eles já assinam um termo que com 3 anos de idade, ele será desligado ne?...”</p> <p>P.III “...mas por exemplo, com atraso neuropsicomotor, quando uma criança tem uma evolução, antes dos 3 anos e já dar pra dar alta...”</p> <p>P.III “...a ficha de contra referência é só quando ela tem que voltar pro município, e ai a gente faz a alta dela...”</p>	<p>trazer ela, eu jamais faço isso...”</p> <p>M.I “...É pela prefeitura, pelos carros de lá...”</p> <p>M.I “...porque logo no começo a dificuldade era maior, mas a dificuldade maior que eu digo, é quando a gente vinha, que ela era mais bebê, a gente chegava aqui, ai terminava o atendimento, ai ficava aqui horas e horas e horas, eu precisava ligar pra eles virem me buscar...”</p> <p>M.I “...agora melhorou bastante, porque eles trazem a gente e já esperam logo...”</p> <p>M.I “...melhorou bastante nesse ponto, entendeu? Mas assim que a gente chega lá e pede carro, sempre tem...”</p> <p>M.II “...Ele era lá do centro de reabilitação (em sobral), ai de lá, eles passaram pra cá...”</p> <p>M.II “...me encaminharam pra cá, porque disseram que era melhor, tinha mais coisas...”</p> <p>M.II “...Justifico. Às vezes, é só problema de doença mesmo, alguma coisa que eu sinto, ou com o outro meu menino que vem comigo...”</p> <p>M.II “...porque tenho uma dor no meu braço e não posso ficar segurando ele direto...”</p> <p>M.II “Venho por conta própria”</p> <p>M.III “...Foi lá né, do hospital de moraujo que eles têm convenio com aqui né?...”</p> <p>M.III “...ai depois, quando ele inteirou os</p>	
--	---	--	--

	<p>P.III "...que a partir de 3 faltas sem justificativas, será desligado, só que a gente entende que essas crianças adoecem muito ne?..."</p> <p>P.III "...tem muita dificuldade de transporte, porque vem de outro município e a gente acaba sendo mais leve e vai deixando ne?..."</p>	<p>3 anos, ele saiu e tava esperando a vaga que era pra ir pra fono ne? (sai)..."</p> <p>M.III "...Justifico, mas raramente a vez que eu falto, só se ele tiver doente..."</p> <p>M.III "...mas eu faço o possível e o impossível pra vir..."</p> <p>M.III "...O que eu acho mais ruim é porque vem cedo e aqui é questão de meia hora, ai termina e eu fico até 11h esperando o transporte da prefeitura pra voltar ne?..."</p> <p>M.III "...ele é uma criança especial, ai você sabe né? Ele fica zangadim, que tem que ser as coisas do jeito dele ne?..."</p> <p>M.III "...chego aqui as 6h e volta 11h, às vezes, eu prefiro pagar pra chegar lá mais ligeiro ne? Que quebra toda a rotina dele né? Passa a hora do sono dele, a comida, toda coisa..."</p> <p>M.IV "...Insistindo muito, indo atrás todo dia, lá na marcação de consulta..."</p> <p>M.IV "...e inclusive, acho que o município ou estado deveria fornecer mais profissionais de fono, a terapia individual, porque cada criança tem uma necessidade diferente..."</p> <p>M.IV "...Venho por conta própria..."</p>	
<p>Acompanhamento Terapêutico no NEP</p>	<p>P.I "...Nós temos uma sala, onde a gente tem privacidade para fazer o atendimento com as mães..."</p> <p>P.I "...nós temos toda uma estrutura, em termo de...se</p>	<p>M.I "...Que teve esse período que parou também, que a gente passou muito tempo sem vir cá, né? Por causa dessa pandemia tava muito forte e não</p>	<p>G.I "...primeiro impacto foi delas terem acesso a estimulação precoce na região em que elas moram..."</p>

	<p>eu precisar entrar em contato, eu tenho telefone com linha direta que eu faço esse contato...”</p> <p>P.I “...a questão do acesso das crianças a médicos, a exames, nós temos uma quantidade de vagas diferenciadas para as crianças do nep...”</p> <p>P.I “...o médico pediu um retorno com 1 mês, ele já marcado e já faz aquele retorno, pediu um exame, ele tem todo o acompanhamento dessa criança...”</p> <p>P.I “...a gente consegue fazer a nossa missão valer, que é o acesso daquela pessoa a saúde, daquela família a saúde...”</p> <p>P.I “...Aqui na policlínica não faz dispensação de medicação, mas em termos de insumos para o atendimento, sim...”</p> <p>P.I “...nós estamos iniciando esse serviço agora. Então ele vem encaminhado também pelo município já com a solicitação daquela prótese, daquela órtese, é avaliada pela fisioterapeuta...”</p> <p>P.I “...ai vai pra SESA, pra secretaria de saúde do estado, ele vai receber essa prótese na superintendência de saúde de sobral e depois ele retorna pra policlínica pra fazer a reabilitação...”</p> <p>P.II “...A estrutura física da sala que a gente tem, é muito boa, o espaço é muito amplo...”</p> <p>P.II “...Mas em relação a material, que a gente precisa de brinquedos que são os recursos para terapia é um pouquinho falho...”</p> <p>P.II “...É só terapia...”</p> <p>P.III “...A gente tem estrutura, você vê a gente</p>	<p>tava funcionando, ai a gente percebe o quando eles param de fazer, a gente percebe que eles ficam necessitados disso ne?...”</p> <p>M.I “...ai pra mim, no meu caso, pra ela, tanto a fono, como a fisioterapeuta é muito bom...”</p> <p>M.I “...assim a evolução (involução) dela que eu digo é so no modo dela se sentar, mas a mãozinha dela melhorou muito, era fechada, hoje ela já abre a mãozinha, ela consegue comer bem...”</p> <p>M.II “...É bom. Eu não tenho nada a dizer não”.</p> <p>M.III “...Maravilhoso. Graças a deus, se não fosse isso, eu acho que ele não tinha nem se desenvolvido...”</p> <p>M.III “...porque, ele começou aqui, ele não sentava, depois que ele foi pro nep, ele sentou, ele engateia, so não faz andar ainda ne? E nem falar...”</p> <p>M.III “...Sempre eles falam o que tem que fazer em casa, faça isso, continue fazendo...”</p> <p>M.IV “...Aqui, pra mim, se equipara a uma clínica particular, tranquilamente. É otimo, nota 10...”</p> <p>M.IV “...aqui ele é atendido só pela fono, e pelo município, lá no centro de reabilitação, ele faz fisioterapia. La também tem a psicóloga e psicopedagoga...”</p>	<p>“...nós conseguíamos ver um acompanhamento, em termos de fato, acompanhamento das mães, uma vez que é as meninas tinham um conjunto de atividades, fazia parte do cuidado de cada criança é o acompanhamento e a evolução dessa mãe, no aspecto psicológico, emocional da mãe, para lidar com aquela situação, que para todas elas, era algo absolutamente novo...”</p> <p>“...o outro impacto que nós tivemos e aí não sei se isso aconteceu em outras unidades, mas nós vimos a necessidade de ter uma atenção a essa criança de forma compartilhada com atenção primária, então na época, nós fizemos o cadastro de todas as crianças que eram atendidas no NEP e fizemos um grupo com a equipe de saúde da família daquele município, sobretudo no que diz respeito a enfermeira do posto de saúde da família, o agente comunitário de saúde. porque nós vimos a necessidade das meninas instrumentalizar as mães também, para o cuidado em casa, porque essas crianças, o plano de cuidado delas...”</p> <p>“...foi um impacto importante a gente criar esse vínculo com a atenção primária e assim esse o impacto foi diretamente na no</p>
--	--	---	--

	<p>tem uma sala higienizada, uma sala ampla...”</p> <p>P.III “...o que falta é alguns brinquedos, que vai quebrando e a gente não tem a facilidade de tá repondo ne? Tem que esperar uma licitação e isso acaba demorando muito...”</p> <p>P.III “...Na estimulação precoce, o material, o equipamento é o brinquedo...”</p> <p>P.III “...como temos que higienizar, o álcool as vezes danifica e a gente tem que usar o álcool ne e ai acaba que a gente não tem como repor e ai a gente fica sem esse brinquedo...”</p> <p>P.III “...é a única coisa que a gente tem de equipamento na estimulação precoce é o brincar ne?...”</p>	<p>desenvolvimento da criança ne?...”</p> <p>“...eu posso citar aqui, foi o fato de que nós, uma consequência, o resultado disso que a gente fez, foi justamente o sai. porque isso foi um impacto também, porque agora, o que eu faço com essa criança, quando ela completar 3 anos? ela vai para onde? ela precisa continuar uma linha de desenvolvimento que não é mais estimulação precoce, porque tecnicamente, não tem mais impacto sobre o desenvolvimento dela, mas ela precisa continuar na terapia ocupacional, precisa continuar na fisioterapia, então, esse foi o impacto gerado também, que aí foi implantação desse novo serviço de continuidade do cuidado, que foi o sai...”</p>
--	--	---

Tabela 4. Categorização da transcrição dos materiais coletados através das entrevistas com os sujeitos da pesquisa. Elaboração própria.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA BUSCA DE DOCUMENTOS

Serão buscados documentos de gestão no nível estadual e local relacionado ao projeto/programa/política nas seguintes temáticas:

1. Normas para a implantação do Núcleo de Estimulação Precoce-NEP;
2. Regimento interno do NEP;
3. Dados de financiamento do NEP.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome:

Idade:

Gênero:

Responsável:

Município de origem:

Diagnóstico médico:

Data de entrada:

Data de saída:

Tempo de acompanhamento terapêutico:

Quais serviços utilizados:

Exames anexados:

Conduas após alta do NEP:

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS DA
ENTREVISTA AOS GESTORES DO NEP**

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome:

Profissão:

Nível de escolaridade:

Tempo de profissão:

Tempo no serviço:

Tempo de Gestão:

Vínculo Empregatício:

ROTEIRO:

Descrever o processo de implantação do NEP ressaltando os antecedentes, as motivações e as estratégias utilizadas e as etapas da implantação.

Relate sobre a operacionalização da Atenção Especializada no serviço de sua responsabilidade, em consideração a aspectos financeiros e estruturais, e os colaboradores e os oponentes desse processo.

Pontuar os fatores facilitadores e dificultores do NEP, contemplando as condições estruturais, gerenciais e recursos humanos.

Descrever os impactos causados pela implantação do NEP.

Descrever a rede de atenção que o NEP está inserido e o funcionamento dessa integralidade.

**APÊNDICE D - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS PARA A
ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE INFORMAÇÕES
GERAIS**

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome:

Profissão:

Nível de escolaridade:

Tempo de profissão:

Tempo no serviço:

Vínculo Empregatício:

ROTEIRO:

Como você descreve a implantação do NEP na rede de atenção à saúde?

Relate sobre a infraestrutura fornecida pelo serviço para que você execute a sua atividade com qualidade.

Descreva a inclusão e a elegibilidade dos pacientes, e como ocorre o acesso da população ao serviço em sua percepção?

Descreva a forma como é fornecida os insumos, equipamentos e medicamentos a população assistida?

Descrever como ocorre o desligamento dos pacientes do NEP.

Em sua avaliação, descreva os fatores positivos e negativos na implantação do NEP?

**APÊNDICE E - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS PARA A
ENTREVISTA COM AS MÃES/CUIDADORES**

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome:

Nível de escolaridade:

A criança possui o BPC:

Fonte de renda/profissão:

Carga-Horária:

ROTEIRO:

Como se deu o diagnóstico da Microcefalia foi antes ou depois do parto? Como você descreve a notícia?

Após, recebido o diagnóstico foi orientada/encaminhada para algum serviço de saúde para acompanhamento?

Após o nascimento, na alta hospitalar quais as orientações que foram repassadas, receberam algum exame, quais?

Como conseguiu a marcação/agendamento para os serviços na Policlínica?

Quando você falta o atendimento, você justifica e por qual motivo?

Descreva os atendimentos que seu filho/filha recebe no NEP? E qual sua percepção sobre os serviços?

Como percebe a relação entre você e os profissionais do NEP?

APÊNDICE F - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

OBJETIVO: Observar de forma geral as atividades do serviço para compreensão de práticas de assistência.

• Rotinas prováveis a observar:

1. Estrutura Física da Policlínica;
2. Composição de Equipes;
3. Reuniões de equipes;
5. Preparo da mãe/cuidador.

• Aspectos a se observar:

1. Postura/conduita dos profissionais;
2. Construção do Plano Terapêutico individualizado
3. Relação profissional-usuário e profissional-familiares;
4. Orientações e cuidados fornecidos aos pacientes e familiares;
5. Interesse da mãe/cuidador na terapêutica realizada e orientada.

