



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUDMYLLA DE OLIVEIRA BELEZA

**PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS DE RISCO ATENDIDOS POR
ENFERMEIROS EM AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO: ESTUDO
DE COORTE RETROSPECTIVA**

**BRASÍLIA
2017**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUDMYLLA DE OLIVEIRA BELEZA

**PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS DE RISCO ATENDIDOS POR
ENFERMEIROS EM AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO: ESTUDO
DE COORTE RETROSPECTIVA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção de Título de Mestre em Enfermagem pelo
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade de Brasília.

Área de concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologias
em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde em
Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Laiane Medeiros Ribeiro

**BRASÍLIA
2017**

Ficha Catalográfica a ser elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília

Beleza, Ludmylla de Oliveira

Perfil de recém-nascidos de risco atendidos por enfermeiros em ambulatório de seguimento: estudo de coorte retrospectiva. Brasília, 2017.

104 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

Orientação: Profa. Dra. Laiane Medeiros Ribeiro

1. Recém-Nascido. 2. Prematuro. 3. Continuidade da Assistência ao Paciente. 4. Assistência Ambulatorial. 5. Enfermagem Neonatal. 6. Seguímentos.

LUDMYLLA DE OLIVEIRA BELEZA

**PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS DE RISCO ATENDIDOS POR ENFERMEIROS
EM AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO: ESTUDO DE COORTE
RETROSPECTIVA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade de Brasília.

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Laiane Medeiros Ribeiro
Presidente da Banca
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Thaíla Corrêa Castral
Membro Efetivo, Externo ao Programa
Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Ivone Kamada
Membro Efetivo
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Alecssandra de Fátima Silva Viduedo
Membro Suplente
Universidade de Brasília - UnB

*Aos bebês e às famílias que por mim foram cuidados e que me ensinaram mais do que
qualquer livro ou artigo.*

*Às colegas enfermeiras que trabalham com amor, que lutam pelo reconhecimento que nunca
vem, mas que não deixam de se dedicar e cuidar da melhor forma possível.*

AGRADECIMENTOS

Sempre achei meio clichê iniciar com um agradecimento à Deus, mas como não pensar nele depois de tanto sacrifício? Então, começo sim agradecendo à Deus, meu Pai eterno, que me dá tudo de que preciso, me ajuda a conquistar todas as minhas metas, que me segura no colo quando choro e me ouve de verdade quando falo.

À minha linda família que foi constantemente preterida nesses dois anos de Mestrado, mas sempre esteve ao meu lado para me segurar, caso eu caísse. Principalmente à minha mamãe, minha rocha de sustentação a quem amo muito (desculpe se não falo isso mais regularmente).

À minha maravilhosa filha, talvez a mais prejudicada durante esse tempo de dedicação à minha formação. Sei que não poderei resgatar o que perdi de seu crescimento e amadurecimento, mas meu amor por você é tão incondicional que tenho certeza de que entendeu que eu precisava desse momento e que fiz o máximo que pude para não te atingir.

À minha querida orientadora Professora e Doutora Laiane Medeiros Ribeiro que sempre me apoiou quando precisei, entendeu quando necessitava de mais tempo para retornar com seus pedidos, sabendo que trabalhar, ser mãe e fazer mestrado não é fácil e iluminou-me com todo o seu conhecimento e sabedoria. Aprendi mais nesses dois anos do que em 15 anos de formada e quem me guiou no caminho de volta para a pesquisa foi você. Admiro muito toda a sua dedicação e animação e realmente não sei como você consegue fazer tudo que faz com tanta perfeição.

Às minhas assistentes de pesquisa Rayane e Laíse, pela grande ajuda.

Ao estatístico Frederico, por toda a paciência e disponibilidade.

À Maria de Socorro, por sua acurácia e sensibilidade no momento de realizar as correções referentes à língua portuguesa do texto.

Às minhas amigas de vida e de trabalho, por me auxiliarem a tornar esta caminhada mais fácil, entendendo quando precisava de ajuda em um plantão por estar muito cansada, me distraindo e me fazendo rir, me estimulando para não esmorecer ou simplesmente ficando ao meu lado, em um silêncio empático. Kellen, Sâmea, Renata, Danilla, Daniela, Tatiana, Tacyana e Juliana, vocês são lindas por dentro e por fora e profissionais maravilhosas.

À minha parceira e amiga Dra. Rosângela, que acompanho no Ambulatório desde 2010, por ser uma inspiração na arte de cuidar e uma fonte sem fim de conhecimentos teóricos

e práticos. E principalmente por ser amiga, companheira, compreensiva, humilde...bem, por você ser você!!! Sem você, este trabalho não seria possível.

À toda a equipe de profissionais da UTIN do HMIB, pelo estímulo e aprendizado diário e à equipe do Ambulatório pela presença constante e auxílio, principalmente à técnica de enfermagem Regina por todo o amor que demonstra ao cuidar das famílias e à Mônica e Carlinha pela dedicação.

Às minhas queridas e eternas residentes, que me mantiveram firmes na vontade de aprender, que tornaram meu trabalho ainda mais prazeroso e que me fizeram querer sempre ser uma melhor profissional e professora. Aprendi muito com vocês e continuo aprendendo (né Kassandra e Simone?).

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UnB, pela organização impecável e pela oportunidade.

Aos membros da banca, por aceitarem o convite e melhorarem o nosso trabalho.

Aos recém-nascidos e suas famílias que oportunizam meu aprendizado e que me fazem uma pessoa realizada profissionalmente apenas com um olhar.

E a todos que tornaram possível esta minha conquista e que eu possa não ter citado aqui. Peço desculpas desde já.

No apreender tantos pedidos
No franzir tanto significado
É na fragilidade que vejo fortaleza
Um pequeno ser precisando de cuidado

No choro me regozijo
Alívio de ver e ouvir uma respiração forte
É o melhor de mim que exijo
Pra darmos mais um passo pra longe da morte

E na pele da mãe, o conforto
Recompensa do meu comprometimento
Finalmente provendo um seguro porto
Lágrimas de alegria substituindo lamento

E se por acaso o Senhor o quer
Quem sou eu para negá-Lo?
Vou fazer sempre o que puder
Sua missão já foi cumprida,
Mas ainda sim, o abalo.

(Ludmylla de Oliveira Beleza)

RESUMO

BELEZA, L. O. **Perfil de recém-nascidos de risco atendidos por enfermeiros em Ambulatório de Seguimento: estudo de coorte retrospectiva.** 2017. 104f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2017.

Introdução: Os recém-nascidos de risco (RNR) são os detentores das maiores taxas de morbimortalidade e dos maiores riscos de desenvolvimento de sequelas incapacitantes, durante a vida. No Brasil, são considerados como fatores de risco ao nascer: baixo peso (<2.500g), prematuridade (idade gestacional menor que 37 semanas), asfixia, crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou serviços neonatais, mãe adolescente ou com baixa instrução, histórico familiar de morte de crianças menores de 5 anos e nascimento em locais de risco. Essa população de RNR deve ser acompanhada de forma diferenciada, sistemática e frequente após a alta, sendo sugeridos programas estruturados e especializados de seguimento. Porém, inexistem estudos nacionais sobre o perfil de RNRs atendidos por enfermeiros e qual o seu real papel no seguimento desta população. **Objetivo:** Analisar o perfil dos recém-nascidos de risco que foram atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) do Distrito Federal (DF). **Método:** Estudo de coorte retrospectiva, população composta por dados colhidos de relatório de atendimento e prontuário de todos os RNRs atendidos, entre 2013 e 2016. As variáveis contempladas foram as relativas ao nascimento e à internação (idade gestacional, peso, tempo de internação e diagnósticos médicos), ao atendimento (peso atual, tipo de alimentação, ganho de peso, retornos e orientações realizadas) e à procedência. Os dados foram coletados em um banco de dados construído no programa Microsoft Excel® e exportados para o Programa R. Posteriormente, foram estratificados de acordo com número da consulta, ano de atendimento e com ganho de peso. Para análise dos dados, foram realizadas estatística descritiva, distribuição das frequências e aplicação de testes como Qui-quadrado, Correlação de Spearman, Mann Whitney, ANOVA e Tukey. **Resultados:** Foram analisados 882 atendimentos com 629 bebês e famílias, sendo estes atendidos até cinco vezes pelo enfermeiro. O seguimento por enfermeiros mostrou-se útil na promoção do aleitamento materno e na melhoria do ganho ponderal. Necessitaram de mais consultas os bebês que tiveram menor ganho ponderal, que foram prematuros, com menor peso de nascimento e maior tempo de internação. Os diagnósticos médicos e as orientações do enfermeiro mais comuns foram identificados de acordo com a necessidade de mais consultas e com a evolução temporal. Quanto ao ganho ponderal, foram verificados fatores estatisticamente significativos ($p < 0,05$) relacionados à falha no crescimento, sendo eles: menores idade gestacional e peso de nascimento, maior tempo de internação, sexo feminino, existência de alguns diagnósticos como displasia broncopulmonar, apneia da prematuridade, hipoglicemia, dilatação ventricular, pneumotórax, hemorragia e hipertensão pulmonares, atelectasia, cardiopatias congênitas, síndromes genéticas e eventração diafragmática. **Conclusão:** A hipótese nula foi rejeitada, sendo verificado que é possível a consulta de enfermagem com esta população, com papéis bem delineados e com alcance de resultados positivos que melhoram a assistência. Acredita-se que uma integração entre o hospital e a atenção primária deve ser instituída e que o enfermeiro possa ser um elo valioso, de modo a fornecer cuidado integral, contribuir para que o RNR atinja o seu maior potencial e torne-se um cidadão valioso e produtivo para a sociedade.

Descritores: Recém-nascido. Prematuro. Continuidade de Assistência ao Paciente. Assistência Ambulatorial. Enfermagem Neonatal. Seguintos.

ABSTRACT

BELEZA, L. O. **Profile of newborns at risk attended by nurses in follow-up outpatient clinic: a retrospective cohort study.** 2017. 104f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2017.

Introduction: Newborns at risk (NR) have the highest rates of morbidity and mortality, and also the greatest risk of developing disabilities during life. In Brazil, low birth weight (<2500g), premature (gestational age <37 weeks), asphyxia, hospitalized children or children with complications in maternity ward or neonatal services, teenage mother or with low education, death of children under 5 years in the family history and birth in risky places. This NR population should be monitored in a differentiated, systematic and frequent way after discharge, with structured and specialized follow-up suggested programs. However, there are no national studies on the profile of NRs attended by nurses and what is their real role in the follow-up of this population. **Objective:** To analyze the profile of newborns at risk who were attended by nurses at the follow-up clinic of the Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) of the Distrito Federal (DF). **Method:** Retrospective cohort study, a population composed of collected data from the attendance report and medical records of all NRs attended between 2013 and 2016. The variables contemplated were those related to birth and hospitalization (gestational age, weight, length of stay and medical diagnoses), to attendance (current weight, type of feeding, weight gain, returns and orientations performed) and to origin. The data were collected in a database built in the Microsoft Excel® program and exported to Program R. Subsequently, they were stratified according to the number of the appointments, year of attendance and weight gain. So as to acquire data analysis, there has been performed descriptive statistics, frequency distribution and application of tests such as Chi-square, Spearman Correlation, Mann Whitney, ANOVA and Tukey. **Results:** A total of 882 appointments were analyzed with 629 infants and families, which of them were attended up until 05 times by the nurse. Follow-up by nurses has proved useful in promoting breastfeeding and improving weight gain. Babies who had lower weight gain, who were premature, with lower birth weight and longer length of stay have been in need of more consultations. The most common medical diagnoses and nurse conducts were identified according to the need for more consultations and the temporal evolution. Regarding the weight gain, statistically significant factors ($p < 0.05$) related to growth failure have been found: lower gestational age and birth weight, longer length of stay, female sex, existence of some diagnoses such as bronchopulmonary dysplasia, apnea of prematurity, hypoglycemia, ventricular dilatation, pneumothorax, pulmonary hemorrhage and hypertension, atelectasis, congenital heart diseases, genetic syndromes and diaphragmatic eventration. **Conclusion:** The null hypothesis has been rejected and it has been verified that the nursing appointment with this population is feasible, with well-defined roles and achieving positives results that improve health care. It is believed that integration between the hospital and primary care should be instituted and that nurses can be a valuable link in order to provide comprehensive care, to help the RNR achieve its greatest potential and become a remarkable and productive citizen for society.

Descriptors: Newborn. Premature. Continuity of Patient Care. Ambulatory Care. Neonatal Nursing. Follow-up Studies.

RESUMEN

BELEZA, L. O. **Perfil de los recién nacidos de riesgo atendidos por enfermeros en ambulatorio de seguimiento: estudio de cohorte retrospectiva.** 2017. 104f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2017.

Introducción: Los recién nacidos de riesgo (RNR) son los poseedores de las mayores tasas de morbimortalidad y de los mayores riesgos de desarrollo de secuelas incapacitantes durante la vida. En Brasil, se consideran factores de riesgo al nacer: bajo peso (<2500g), prematuros (edad gestacional menor de 37 semanas), asfisia, niños internados o con interurrencias en la maternidad o servicios neonatales, madre adolescente o con baja instrucción, histórico Familiar de muerte de niños menores de 5 años y nacimiento en lugares de riesgo. Esta población de RNR debe ser acompañada de forma diferenciada, sistemática y frecuente después del alta, siendo sugeridos programas estructurados y especializados de seguimiento. Sin embargo, no existen estudios nacionales sobre el perfil de RNR atendidos por enfermeros y cuál es su real papel en el seguimiento de esta población. **Objetivo:** Analizar el perfil de los recién nacidos de riesgo que fueron atendidos por enfermeros en el Ambulatorio de Seguimiento del Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) del Distrito Federal (DF). **Método:** Estudio de Cohorte retrospectiva, población compuesta por datos recolectados de informe de atención y prontuario de todos los RNR atendidos entre 2013 y 2016. Las variables contempladas fueron relativas al nacimiento e internación (edad gestacional, peso, tiempo de internación y diagnósticos médicos), a la atención (peso actual, tipo de alimentación, aumento de peso, retornos y orientaciones realizadas) y a la procedencia. Los datos fueron recolectados en una base de datos construida en el programa Microsoft Excel® y exportados al programa R. Posteriormente, fueron estratificados de acuerdo con el número de la consulta, año de atención y con aumento de peso. Para análisis de los datos, se realizó estadística descriptiva, distribución de las frecuencias y aplicación de pruebas como Qui-cuadrado, Correlación de Spearman, Mann Whitney, ANOVA y Tukey. **Resultados:** Se analizaron 882 atenciones con 629 bebés y familias, siendo estos atendidos hasta 05 veces por el enfermero. El seguimiento por enfermeros se mostró útil en la promoción de la lactancia materna y en la mejora del aumento ponderal. Se necesitaron más consultas a los bebés que tuvieron menor aumento ponderal, que fueron prematuros, con menor peso de nacimiento y mayor tiempo de internación. Los diagnósticos médicos y orientaciones del enfermero más comunes se identificaron de acuerdo con la necesidad de más consultas y con la evolución temporal. En cuanto al aumento ponderal, se verificaron factores estadísticamente significativos ($p < 0,05$) relacionados con la falla en el crecimiento, siendo ellos: menores edad gestacional y peso de nacimiento, mayor tiempo de internación, sexo femenino, existencia de algunos diagnósticos como displasia broncopulmonar, la apnea de la prematuridad, hipoglucemia, dilatación ventricular, neumotórax, hemorragia e hipertensión pulmonar, atelectasia, cardiopatías congénitas, síndromes genéticos y eventración diafragmática. **Conclusión:** La hipótesis nula fue rechazada, siendo comprobado que es posible la consulta de enfermería con esta población, con papeles bien delineados y con alcance de resultados positivos que mejoran la asistencia. Se cree que una integración entre el hospital y la atención primaria debe ser instituida y que el enfermero pueda ser un vínculo valioso para proporcionar un cuidado integral, contribuir a que el RNR alcance su mayor potencial y se convierta en un ciudadano notable y productivo para la sociedad.

Descriptor: Recién nacido. Prematuro. Continuidad de Asistencia al Paciente. Asistencia Ambulatoria. Enfermería Neonatal. Seguimien.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - 1º Grupo de diagnósticos mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.....	47
Gráfico 2 - 2º Grupo de diagnósticos mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.....	47
Gráfico 3 - 3º Grupo de diagnósticos mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.....	48
Gráfico 4 - 4º Grupo de diagnósticos mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.....	48
Gráfico 5 - 1º Grupo de orientações/intervenções mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.....	49
Gráfico 6 - 2º Grupo de orientações/intervenções mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.....	50
Gráfico 7 - 3º Grupo de orientações/intervenções mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.....	50
Gráfico 8 - 4º Grupo de orientações/intervenções mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.....	50
Gráfico 9 - 5º Grupo de orientações/intervenções mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.....	51
Gráfico 10 - 6º Grupo de orientações/intervenções mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília, 2017.....	51
Gráfico 11 - Evolução das médias de idade gestacional em dias dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília, 2017.....	52
Gráfico 12 - Evolução das médias de peso de nascimento em gramas dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017.....	52
Gráfico 13 - Evolução das médias de tempo de internação em dias dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017.....	53

Gráfico 14	Evolução das frequências dos tipos de alimentação dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017.....	53
Gráfico 15	1º Grupo de evolução das frequências dos diagnósticos médicos dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017.....	54
Gráfico 16	2º Grupo de evolução das frequências dos diagnósticos médicos dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017.....	54
Gráfico 17	3º Grupo de evolução das frequências dos diagnósticos médicos dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017.....	55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A bebê na posição canguru com a mãe na UTI e depois na primeira consulta ambulatorial. Divulgação das fotos autorizada pela mãe. Brasília-DF, 2017.....	20
Figura 2 - Fluxograma de seleção de artigos. Brasília-DF, 2017.....	30
Figura 3 - Ambiente em que é realizada a consulta, residentes de Enfermagem (uma conversando com a mãe e outra examinando), mãe, bebê e irmã do bebê realizando atividades lúdicas que lhe foram entregues, quando entrou. Divulgação das fotos autorizada pela mãe. Brasília-DF, 2017.....	39
Figura 4 - Relatório de registros de atendimentos, materiais e equipamentos levados para o consultório e lembretes dos protocolos utilizados. Brasília-DF, 2017.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, entre os anos de 2013 e 2016, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.....	46
Tabela 2 - Perfil dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, entre os anos de 2013 a 2016, de acordo com o ganho ponderal. Brasília-DF, 2017.....	56
Tabela 3 - Orientações/Intervenções significativas realizadas durante o atendimento do RNR por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ganho ponderal. Brasília-DF, 2017.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ANOVA	Análise de Variância
APLV	Alergia às Proteínas do Leite de Vaca
CAAE	Certificação de Apresentação para Apreciação Ética
CIA	Comunicação Intra-atrial
CIPE	Cirurgia Pediátrica
CIV	Comunicação Intraventricular
CRIE	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
DBP	Displasia Broncopulmonar
DF	Distrito Federal
DHE	Distúrbio Hidroeletrólítico
DMH	Doença da Membrana Hialina
DMO	Doença Metabólica Óssea
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
ECN	Enterocolite Necrosante
FOP	Forame Oval Patente
HIV	Hemorragia Intraventricular
HMIB	Hospital Materno Infantil de Brasília
IG	Idade Gestacional
IRA	Insuficiência Renal Aguda
NANN	<i>National Association of Neonatal Nurses</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Canal Arterial Pérvio
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PS	Pronto-Socorro
RN	Recém-Nascidos

RNR	Recém-Nascido de Risco
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
RNT	Recém-Nascido Termo
SDR	Síndrome do Desconforto Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapeuta Ocupacional
TTRN	Taquipneia Transitória do Recém-Nascido
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	19
2 INTRODUÇÃO.....	23
2.1 CENÁRIO MUNDIAL E NACIONAL DA MORTALIDADE INFANTIL.....	23
2.2 RECÉM-NASCIDO DE RISCO.....	25
2.3 SEGUIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO.....	26
2.4 PAPEL DO ENFERMEIRO NO SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO.....	29
3 HIPÓTESE DO ESTUDO	34
4 OBJETIVOS.....	36
4.1 OBJETIVO GERAL.....	36
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
5 MÉTODO	38
5.1 DESENHO DO ESTUDO	38
5.2 LOCAL DO ESTUDO	38
5.3 POPULAÇÃO	40
5.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	41
5.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	41
5.4 VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO DE DESFECHO.....	41
5.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	41
5.5.1. RECURSOS MATERIAIS.....	41
5.5.2. RECURSOS HUMANOS.....	42
5.6 ANÁLISE DOS DADOS	42
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
6 RESULTADOS	45
6.1 PERFIL DOS RNRs DE ACORDO COM O NÚMERO DA CONSULTA	45
6.2 PERFIL DOS RNRs DE ACORDO COM O ANO DE ATENDIMENTO.....	52
6.3 PERFIL DOS RNRs DE ACORDO COM O GANHO DE PESO.....	55
7 DISCUSSÃO.....	60
8 CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES.....	83
ANEXO.....	99

APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

Todas as vezes que alguém me pergunta ou pede para eu falar como vim parar na Neonatologia, simplesmente respondo que eu não escolhi e sim fui escolhida por ela. Quando entrei no HMIB (Hospital Materno Infantil de Brasília) já tinha 4 anos de formada, havia trabalhado em vários lugares e tinha especialização em Educação Profissional e Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Eu poderia ter ido para qualquer setor do HMIB que teria facilidade em acompanhar o serviço com as experiências profissionais que possuía, menos se fosse para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). E é claro que para lá que fui lotada. Como estava com 34 semanas de gravidez, fui primeiramente para Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal até que retornasse da licença-maternidade, mas com o aviso de que quando isso ocorresse, iria ser lotada permanentemente na UTIN. Eu estudei um pouco durante minha licença (não muito, pois quem já ficou de licença-maternidade sabe que a gente só tem tempo mesmo é para cuidar do bebê) e comecei a trabalhar, fazendo inicialmente um treinamento de 01 mês, acompanhando outras colegas. E simplesmente me apaixonei! Fui conquistada com tanta facilidade que hoje tenho certeza de que a escolha da minha lotação teve uma interferência divina.

Com as reuniões multidisciplinares diárias da UTIN, estudo individual e os plantões, aprendi muito. Mas precisava de algo que me motivasse ainda mais, o que fez com que eu entrasse como preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Neonatologia. Alguns meses depois, fui “promovida” a supervisora deste programa e iniciamos um trabalho para reestruturá-lo e melhorá-lo. As residentes, nessa época, acompanhavam o Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido de Risco (RNR) do hospital, mas junto com a médica. Como não poderia deixá-las sem acompanhamento de uma enfermeira “*staff*” e entendendo o tanto que essa visão ambulatorial era importante, passei a acompanhá-las e protocolei um pedido junto a minha Gerência de Enfermagem de liberação de 04 horas semanais para tal. Meu pedido foi aceito e, desde 2010, sou enfermeira integrante da equipe multiprofissional do Ambulatório de Seguimento do HMIB oficialmente, além de enfermeira assistencial da UTIN.

Nesses anos, nem tudo foi fácil. Tive de lutar muito para conseguir pequenas coisas, tal como um consultório próprio para atender, materiais e equipamentos, aceitação por parte da população, um perfil de ambulatório no sistema do prontuário eletrônico e até o direito de ter uma agenda e controle burocrático dos atendimentos. Mas o principal foi que recebemos

certo reconhecimento pelo trabalho que o ambulatório faz como um todo. Junto com a médica, a técnica de enfermagem que nos acompanha, a terapeuta ocupacional e, atualmente, a fonoaudióloga voluntária, somos uma equipe coesa, que “fala a mesma língua” e que realmente parece fazer diferença na vida e no cuidado prestado a bebês tão vulneráveis.

Claro que nosso ambulatório não é perfeito e sabemos que ainda podemos melhorar muito. Mesmo assim, é nosso orgulho. Não há sentimento melhor do que ver um bebê que quase morreu na UTIN em acompanhamento no ambulatório, saudável. Às vezes, com pais confusos e precisando de apoio e orientação ou com necessidades especiais. Mostramos apenas um caminho a seguir, guiamos como podemos, mas estamos extremamente satisfeitos com nosso trabalho e com seus efeitos.



Figura 1 - A bebê na posição canguru com a mãe na UTIN e depois na primeira consulta ambulatorial. Divulgação das fotos autorizada pela mãe. Brasília-DF, 2017.

Somos um dos poucos Ambulatórios de Seguimento do DF e o único que possui uma enfermeira como parte da equipe. E como não poderia ser diferente, o prazer de fazer o que faço é que me levou a querer que outros conhecessem nosso trabalho. Para isso, e após discutir com minha orientadora, vimos que a melhor forma de divulgação seria fazendo uma pesquisa sobre o perfil dos bebês atendidos pelos enfermeiros.

O trabalho inicia-se com uma introdução, na qual são elucidados aspectos relativos ao cenário mundial e brasileiro em relação ao cuidado e à morbimortalidade neonatal e pós-natal, é definido quem são os Recém-Nascidos de Risco, como e por que deve haver um seguimento ambulatorial especializado e qual seria o papel do enfermeiro neste tipo de acompanhamento. Logo em seguida, são proclamados a hipótese do estudo e os seus objetivos, geral e

específicos. No método, estão descritos o desenho do estudo, o local do estudo, a população estudada com critérios de inclusão e exclusão, as variáveis de desfecho, o procedimento de coleta de dados com definição dos recursos humanos e materiais utilizados, a análise dos dados e os aspectos éticos. Os resultados foram divididos em três seções segundo a estratificação dos dados: perfil dos RNRs atendidos por enfermeiros de acordo com o número da consulta, com o ano de atendimento e com o ganho de peso. Já na discussão, são comparados os resultados deste estudo com outros da literatura nacional e internacional. E, finalmente, são apresentados a conclusão, as referências, os apêndices e os anexos.

INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

2.1 Cenário Mundial e Nacional da Mortalidade Infantil

Uma das Metas de Desenvolvimento do Milênio instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi a redução da mortalidade infantil dos menores de 5 anos em dois terços, entre os anos de 1990 e 2015. Esta taxa foi reduzida em 53%, sendo que o seu componente neonatal (0 a 28 dias de vida), ainda que tenha apresentado 47% de redução, continua sendo o principal responsável pela mortalidade nesta faixa etária, chegando a representar 45% dos óbitos em 2015 (5% a mais do que em 1990) (WHO, 2015).

Apenas 62 países atingiram a meta estipulada pela OMS, estando o Brasil entre eles (WHO, 2015), como descrito em estudo sobre as tendências da taxa de mortalidade infantil

nacional, entre os anos de 2000 e 2010, com uma redução de 26,6 para 16,2 por mil nascidos vivos (MARANHÃO et al., 2012). Alguns estudos brasileiros realizados em diferentes faixas de tempo e publicados em anos diversos referem essa redução da mortalidade infantil, a qual apresenta uma variação de 20,4 para 12,1/1.000 nascidos vivos em Recife (NASCIMENTO et al., 2014), de 17,6 para 12,8/1.000 nascidos vivos no Distrito Federal (BATISTA et al., 2010) e de 31,6 para 12,6/1.000 nascidos vivos em Guarulhos (BANDO et al., 2014).

Já em relação à taxa de mortalidade neonatal, estudo nacional realizado entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 revela uma taxa de 11,1/1.000 nascidos vivos, com diferenças importantes entre as regiões brasileiras. Estas taxas chegam a variar de 6,2 (Região Sul) a 22,3 (Região Norte) (LANSKY et al., 2014). Acredita-se que a mortalidade neonatal brasileira seja responsável por cerca de 70% das mortes no primeiro ano de vida, tornando-a um desafio para reduzir consideravelmente a mortalidade infantil no país (BRASIL, 2011a; MARANHÃO et al., 2012). E como principais causas de óbito nesse período, no Brasil, encontram-se a prematuridade, as malformações, as infecções, a asfixia e os fatores maternos relacionados (LANSKY et al., 2014).

Em estudo realizado no Distrito Federal (DF), foi verificada uma redução do coeficiente de mortalidade infantil por causas evitáveis entre 1997 e 2006, em quase todas as categorias, com exceção das relacionadas à adequada atenção à mulher na gestação. Ou seja, houve aumento neste coeficiente de 189% entre 1997 e 2006, sendo que o principal grupo de causas está relacionado à prematuridade e ao baixo peso ao nascer (BATISTA et al., 2010).

Então, não se pode negar que as intercorrências ocorridas no período neonatal influenciam nesta taxa de mortalidade e são consideradas como fatores de risco, durante o primeiro ano de vida. Tanto que, com as malformações congênitas, a prematuridade e as infecções perinatais estão entre as cinco principais causas de óbito no período pós-natal (MARANHÃO et al., 2012).

Outros países também acompanham esse padrão. Nos Estados Unidos, por exemplo, as principais causas de mortalidade infantil são, em ordem decrescente, malformações congênitas, distúrbios relacionados à prematuridade e baixo peso ao nascer, complicações maternas, síndrome da morte súbita e traumas (MATHEWS; MCDORMAN; THOMA, 2015).

Assim, estima-se que um décimo dos 2,5 bilhões de anos de vida ajustados com sequelas (*disability-adjusted life years* – DALY – medida composta pela perda de anos de vida e anos vividos com sequelas) mundialmente é consequência de eventos ocorridos durante os primeiros 28 dias de vida. A grande parcela da população que vive atualmente com algum

tipo de seqüela a adquiriu no período neonatal. As principais causas de morbidades neonatais são: prematuridade, retinopatia da prematuridade, encefalopatia neonatal relacionada ao parto, infecções neonatais severas e hiperbilirrubinemia grave. As desabilidades procedentes dessas condições neonatais vão desde déficit de atenção e perda auditiva até paralisia cerebral grave, tornando-as um grande fardo de caráter econômico para famílias e nações (BLENCOWE et al., 2013).

Quanto às causas de mortalidade pós-natal estão as relacionadas à pneumonia, à diarreia, a traumas e à malária em nível mundial e abrangem cerca de 30% dos óbitos, entre os menores de 1 ano de idade. E sua importância ganha ainda maior destaque quando se percebe que a maioria dos óbitos neste período é por causas evitáveis (WHO, 2015; MARANHÃO et al., 2012; MENEZES et al., 2014a; BRASIL, 2011b).

No Brasil, a taxa de mortalidade pós-natal diminuiu de 9,6/1.000 nascidos-vivos para 5/1.000 nascidos-vivos entre os anos de 2000 e 2010, e as principais causas são as infecções da criança (pneumonias, diarreias, septicemias, meningites e bronquiolites) e as malformações congênitas (MARANHÃO et al., 2012). Em outros países em desenvolvimento como o Afeganistão, as principais causas de óbito até 5 anos de idade são as infecções respiratórias agudas (31%), outras infecções graves (16%), traumas (13%) e diarreia (10%) (RASOOLY et al., 2014).

Diante deste quadro, afirma-se que o período pós-natal também é uma fase crítica, com grandes mudanças tanto psicofisiológicas como sociais, econômicas e familiares. Um cuidado inapropriado nesta época pode levar a várias doenças e morte. E ainda assim, é um momento de certa forma negligenciado no que diz respeito ao cuidado especializado em saúde, pois este é menor no período pós-natal do que antes e durante o nascimento (WHO, 2013). Dessa forma, um dos principais desafios mundiais, atualmente, é a superação do cuidado pós-natal inadequado, o qual tem impacto direto na saúde materna e no recém-nascido (WHO, 2015).

2.2 Recém-Nascido de Risco

Estudos internacionais referem que os recém-nascidos de risco (RNR) seriam basicamente os prematuros e os com baixo peso (GLASS et al., 2015; BOCKLY et al., 2014; CARBONERO; ALONSO, 2009) ou acabam por acrescentar outros critérios de risco como: pequenos para idade gestacional (PIG), recém-nascidos (RN) com malformações, encefalopatia neonatal, cirúrgicos, que tiveram infecções de sistema nervoso central ou

hiperbilirrubinemia, que falharam na triagem auditiva, RNs a termo que necessitaram de mais de 24 horas de ventilação mecânica e que possuem anormalidades neurocomportamentais verificadas no período neonatal (DOYLE et al., 2014).

No Brasil, uma criança de risco é aquela que possui fatores específicos que são procedentes do nascimento, que são adquiridos ou que são ambientais. Assim, são considerados como fatores de risco ao nascer no Brasil: nascimento em locais de risco, baixo peso (<2.500g), prematuridade (idade gestacional menor que 37 semanas), asfixia, crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou unidade de assistência neonatal, mãe adolescente ou com baixa instrução e histórico familiar de morte de crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2004a).

Um *workshop* realizado na Austrália para discutir quem, dentro da população neonatal, necessitaria de um acompanhamento mais estruturado, descreve que esta resposta depende de variáveis relativas às próprias crianças (peso e idade gestacional ao nascer, alguns diagnósticos médicos durante internação como meningite e encefalopatia etc.) e à família/ambiente (alto risco social como violência doméstica e pobreza, uso de drogas por um dos pais etc.) (DOYLE et al., 2014). Já um estudo que analisou a evasão de um programa de seguimento de crianças de Juiz de Fora, Minas Gerais, utilizou como critério de inclusão todos os egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (FRÔNIO et al., 2009).

Os RNRs são os detentores das maiores taxas de morbimortalidade e dos maiores riscos de desenvolvimento de sequelas incapacitantes, durante a vida (FARIA et al., 2014). Além disso, os problemas relacionados à prematuridade vão além do período neonatal, podendo acompanhar o indivíduo por todo seu ciclo de vida (WHO, 2012). Isso pode ser verificado claramente quando se observa, por exemplo, uma pesquisa realizada aos 10 anos de idade de bebês nascidos com menos de 1.000g, os quais apresentavam pior memória e habilidade motora, problemas de atenção e redução do volume cerebral (GRUNEWALDT et al., 2014).

Uma pesquisa de coorte prospectiva realizada em Maringá, com o objetivo de analisar o perfil das crianças de risco no primeiro ano de vida, encontrou que 49,8% dos 237 RNRs sofreram hospitalizações, durante o primeiro ano de vida (3 vezes mais do que a literatura afirma), sendo estas mais longas e mais frequentes nos prematuros e nascidos com baixo peso (BARRETO; SILVA; MARCON, 2013).

2.3 Seguimento Ambulatorial Especializado

A OMS afirma que, para reduzir a morbimortalidade infantil, devem ser operacionalizadas estratégias consideradas prioritárias, de modo a garantir a continuidade da assistência. Dentre elas estão o fortalecimento da prevenção e manejo de doenças na infância, a implementação de políticas de promoção da saúde e empoderamento dos pais, família e comunidade (WHO, 2015). Esta mesma organização igualmente afirma que devem ser implementadas intervenções para o cuidado do prematuro em nível comunitário, para reduzir o risco de sequelas duradouras (WHO, 2012).

As publicações oficiais nacionais também já vêm demonstrando que há necessidade de fortalecimento da atenção primária no que concerne ao RN e à mulher e, desde 2004, afirmam que devem ser realizadas ações de suporte social para gestante e RNR (BRASIL, 2004b). O acompanhamento do RNR passou a ser considerado uma linha de cuidado prioritário junto às ações de saúde da criança, devendo ser realizadas captação precoce e busca ativa desses bebês mais vulneráveis (BRASIL, 2004a).

Inclusive, a política pública de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru de 2002, com uma nova edição em 2011, surgiu também com o objetivo de propiciar uma assistência de qualidade, humana e individual ao bebê e sua família desde à gestação (BRASIL, 2011a). Já a política Rede Cegonha vem como uma tentativa de garantir uma assistência humanizada e segura durante gravidez, parto e puerpério, além do crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança. E também esclarece ser imperativa a busca ativa de crianças vulneráveis e acompanhamento da puérpera e do RN com visita domiciliar (BRASIL, 2011c).

Estudo descritivo que analisou o perfil de morbimortalidade dos RNRs no Mato Grosso, em 2011, verificou que 70,8% destes adoeceram nos primeiros seis meses de vida (12,5% de internações) e demonstrou que, mesmo com o acompanhamento no programa de crescimento e desenvolvimento, episódios de doenças não foram evitados. Dessa forma, isso mostrou que o acompanhamento desta população deve ser mais frequente e que o modelo biomédico de assistência à saúde existente é insuficiente para atender às suas demandas específicas (MARTINS et al., 2014).

O importante é que os estudos, ou nacionais ou internacionais, convergem para um consenso de que essa população de RNR deve ser acompanhada de forma diferenciada, sistemática e frequente. São sugeridos e expostos como necessários programas estruturados e especializados de seguimento dos RNRs, especialmente do prematuro (FARIA et al., 2014; DOYLE et al., 2014; TAVARES et al., 2014; BLENCOWE et al., 2013; BARRETO; SILVA;

MARCON, 2013; WHO, 2012; SBP, 2012; BRAGA; SENA, 2012; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2004a).

Os objetivos desses seguimentos especializados, além de garantir a continuidade da assistência, são: prevenir resultados adversos por meio de intervenções precoces, prover informações acuradas e orientações à família (DOYLE et al., 2014; SBP, 2012), supervisionar e promover a saúde, dar suporte emocional à família, avaliar riscos e fazer a triagem para eventuais alterações no crescimento e no desenvolvimento (BRASIL, 2011b; BRAGA; SENA, 2012), inserir os bebês na sociedade (DOYLE et al., 2014; BRASIL, 2011b; SBP, 2012), orientar e acompanhar tratamentos especializados e imunizações (DOYLE et al., 2014; BRASIL, 2011a), estimular o aleitamento materno (BRASIL, 2011a; CARBONERO; ALONSO, 2009), prevenir e identificar precocemente as doenças (BARRETO; SILVA; MARCON, 2013).

Mas para que esse acompanhamento dos RNRs seja realmente adequado e efetivo, preconiza-se ainda que seja realizado por uma equipe multiprofissional e especializada. Esta deveria ser ou é, em alguns locais, composta principalmente por neonatologistas, pediatras, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos, oftalmologistas, neurologistas, psicólogos e cardiologistas (DOYLE et al., 2014; BOCKLY et al., 2014; SBP, 2012; BRASIL, 2011a).

Com esse tipo de acompanhamento do RNR, com planejamento e estrutura para atingir os objetivos acima elencados, resultados positivos podem ser esperados. Acredita-se que ações de promoção e prevenção específicas para os RNRs em programas de seguimento sistematizados levariam a uma redução da morbimortalidade nesta população (FARIA et al., 2014), assim como das hospitalizações (BARRETO; SILVA; MARCON, 2013) e de uma sobrevivência com sequelas (BLENCOWE et al., 2013). Ocorreria, também, a diminuição do tempo de internação (BOCKLY et al., 2014), aumento na duração do aleitamento materno após a alta (BRIERE et al., 2014) e poderia levar ao uso eficiente dos recursos de saúde, os quais são bastante utilizados por estas crianças, durante sua vida (DOYLE et al., 2014).

Inclusive, sabe-se que intervenções na comunidade e em serviços de saúde quanto ao cuidado do prematuro teriam efeito imediato significativo em reduzir 1,1 milhão de óbitos por prematuridade a cada ano e em diminuir o risco de sequelas duradouras (WHO, 2012). Com o acompanhamento do prematuro, há garantias de menos hospitalizações e infecções nos primeiros anos de vida, melhor índice de crescimento e desenvolvimento e adequados aprendizado e inclusão na escola e na sociedade (SBP, 2012).

Contudo, diante de todo esse cenário explicitado acima em relação à importância do seguimento especializado para o RNR, a realidade encontrada no Brasil não condiz com a valorização deste tipo de serviço.

Revisão integrativa, realizada com artigos publicados entre 2001 e 2011, mostra que o cuidado ao prematuro é fragmentado, a família não é totalmente envolvida e há certa fragilidade na integração dos serviços de saúde (não há referência e contrarreferência) (BRAGA; SENA, 2012). Outra revisão integrativa que analisou o cuidado do RN de baixo peso por equipes de Saúde da Família afirma que a relação e a comunicação dos profissionais com a família são frágeis e difíceis, que não são realizadas visitas domiciliares como preconizadas e que há necessidade de qualificação dos profissionais envolvidos neste cuidado para adequado suporte aos familiares (ZANI; TONETE; PARADA, 2014).

Cabe ressaltar, também, um estudo de delineamento qualitativo realizado com profissionais da saúde sobre o cuidado aos prematuros, no Paraná. Esse verificou que não há acompanhamento integral desta população, que o cuidado é fragmentado e desorganizado, que não há envolvimento da equipe multiprofissional e que há contradições entre a prática profissional e a política pública, levando à necessidade de educação permanente (KLOSSOSWSKI et al., 2016). Há indícios de certa vulnerabilidade programática do sistema de saúde brasileiro, pois o seguimento multiprofissional não acontece na maioria dos locais e não há intersetorialidade entre os serviços, o que leva ao não atendimento das demandas reais das crianças e da família (BRAGA; SENA, 2012).

2.4 Papel do Enfermeiro no Seguimento do Recém-Nascido de Risco

Os papéis de cada um dos profissionais supracitados no seguimento dos RNRs pelas características inerentes de cada profissão são claros. Porém, esta nitidez não pode ser afirmada em relação ao papel do enfermeiro dentro de um Ambulatório de Seguimento do RNR. As publicações internacionais citam que enfermeiros estão presentes no acompanhamento dessa população, explicitam algumas atribuições como a referência para especialistas (DOYLE et al., 2014; BOCKLY et al., 2014) e visitas domiciliares, durante a transição do hospital para o domicílio (LOPEZ; ANDERSON; FEUTCHINGER, 2012). Manuais brasileiros oficiais afirmam ou a presença do enfermeiro realizando consulta no seguimento (BRASIL, 2011a) ou cita funções gerais para o profissional de enfermagem,

como o controle de medicamentos em uso e orientações quanto à prevenção de doenças, cuidados de higiene e uso de oxigênio e sondas enterais em domicílio (SBP, 2012).

Um estudo descritivo e retrospectivo realizado com prematuros acompanhados em um Ambulatório de Seguimento por enfermeiros refere a monitorização do crescimento como uma de suas atividades. Afirma, também, que é escassa a literatura brasileira em relação ao acompanhamento do prematuro por este profissional (VIERA et al., 2013). Uma revisão integrativa brasileira afirma que a função do enfermeiro estaria relacionada ao gerenciamento do cuidado e ao estímulo à autonomia da família no cuidado com o prematuro (BRAGA; SENA, 2012). Outro trabalho nacional descritivo e transversal, realizado com os egressos crônicos da unidade neonatal, verificou que o enfermeiro possui papel essencial no acompanhamento ambulatorial dessa população, assim como no preparo e planejamento da alta (TAVARES et al., 2014).

Diante da escassez de bibliografia, optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de verificar a produção científica/estado da arte relacionada à assistência de enfermagem ao recém-nascido de risco, durante seu seguimento pós-alta. A questão norteadora foi: Qual o papel que o enfermeiro tem realizado no seguimento pós-alta do RNR?

A busca foi realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BDNF, ScIELO, COCHRANE e LEYES. Os descritores utilizados foram: continuidade do cuidado ao paciente/*continuity of patient care* OR seguimento/*follow-up*, recém-nascido de risco/*high risk infant* OR prematuro/*premature*, enfermagem/*nursing*. A fim de restringir a amplitude da pesquisa, utilizou-se o operador booleano “AND” entre todas as combinações possíveis dos três tipos de descritores citados acima.

Os artigos inclusos foram os originais com textos completos disponíveis, publicados em periódicos nacionais ou internacionais, independente do ano de publicação; escritos em inglês, português ou espanhol e com adesão ao tema escolhido.

Os critérios de exclusão foram artigos de revisão, sem resumo/abstract e que não atendessem aos pressupostos da revisão integrativa.

Os artigos selecionados foram catalogados em instrumento próprio com as seguintes informações: título, autor, ano de coleta, ano de publicação, periódico (nome, volume e páginas), país, objetivos, participantes, metodologia, resultados e conclusões.

Os resultados da busca nas bases de dados estão na Figura 2, e o resumo dos artigos encontra-se no Apêndice A. Cabe ressaltar que, dos artigos indisponíveis, 19 foram escritos antes de 1998, o que dificultou sua disponibilidade nas páginas das próprias revistas.

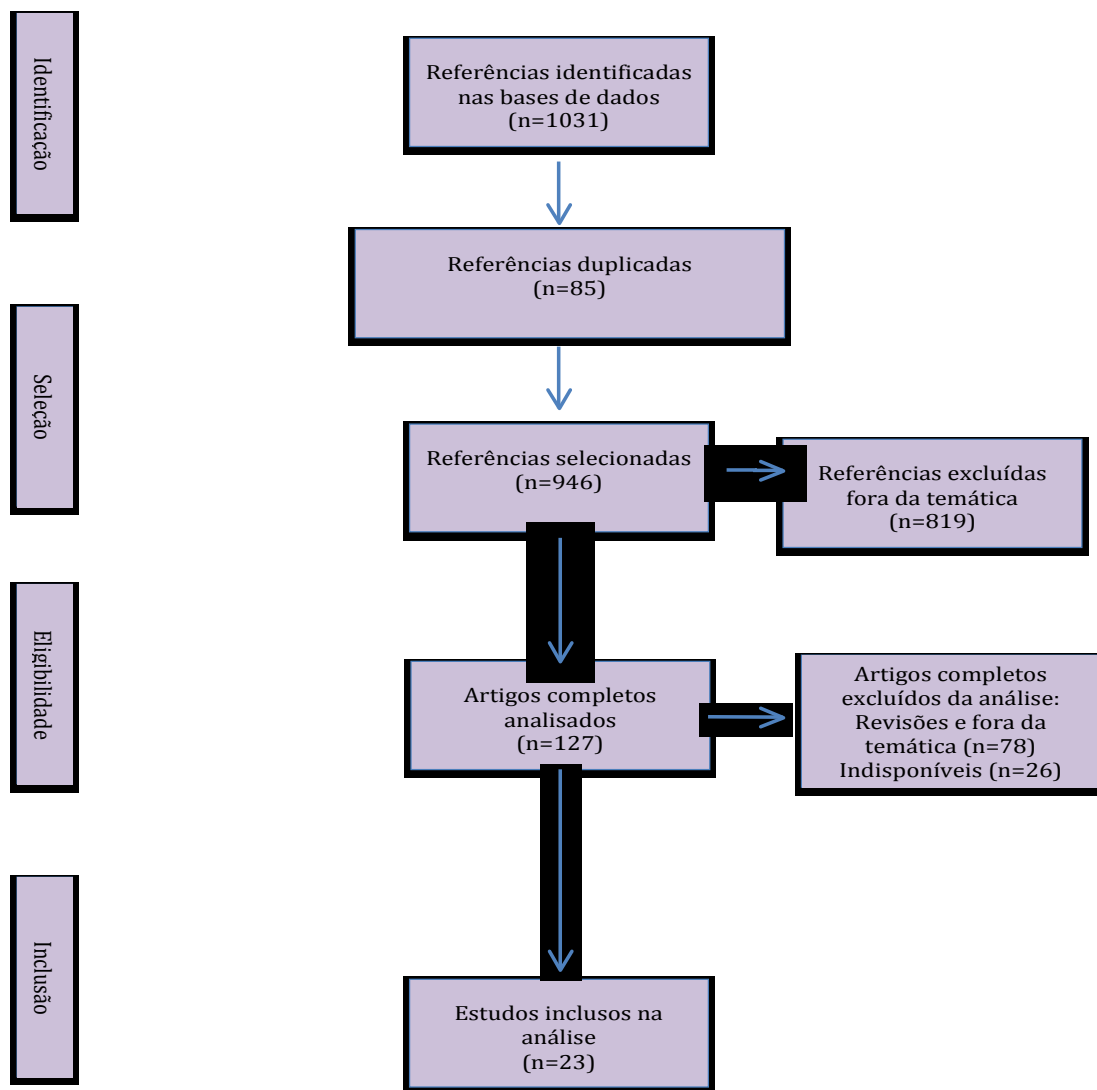


Figura 2 - Fluxograma de seleção de artigos. Brasília-DF, 2017.

Dos 23 artigos avaliados, cerca de 43% foram procedentes dos Estados Unidos, seguidos, em ordem decrescente, por Austrália e Dinamarca, Brasil e Suécia, Suíça, Canadá e Espanha. Mais de 65% foram escritos a partir de 2008. Entre 2001 e esse ano, parece ter havido uma lacuna na literatura quanto à publicação de estudos (só dois foram encontrados).

O desenho dos estudos avaliados foi variado, mas destacaram-se os qualitativos (n=5), inclusive uma metassíntese, seguidos de quatro ensaios clínicos, quatro casos-controles, quatro descritivos, três revisões sistemáticas e três relatos de experiência.

Uma grande quantidade de ações foi desvendada e, conseqüentemente, os papéis dos enfermeiros durante o seguimento ambulatorial do RNR mediante análise dos artigos. Muitas vezes, esses papéis iniciam-se durante internação com o planejamento para alta e

envolvimento dos pais em atividades educacionais e de treinamento, e continuam até meses ou anos depois da alta hospitalar (LUNDBERG et al., 2016; BRYANT-LUKOSIUS et al., 2015; AHNFELDT et al., 2015; OLDS et al., 2014; SMITH et al., 2012; ÖRTENSTRAND et al., 2001; OLDS et al., 1998; BROOTEN et al., 1991).

Assim, os papéis dos enfermeiros puderam ser listados abaixo, de acordo com a frequência em que aparecem nos estudos avaliados:

- 1) Fornecimento de orientações e educação aos pais (orais, por escrito ou em *workshops*/grupos de suporte) em relação às características dos RNs, prognósticos, crescimento e desenvolvimento, comportamento, alimentação, aleitamento materno, método canguru, cuidados em geral (sono, higiene, conforto) – 18 artigos;
- 2) Realização de intervenções como anamnese, exame físico, monitorização de crescimento e desenvolvimento, revisão de medicamentos, avaliação do vínculo e interação pais-bebê e encaminhamentos – 18 artigos;
- 3) Execução de visitas domiciliares com frequências variadas e, geralmente, de acordo com as necessidades das famílias. Estas visitas estavam ou ligadas ao hospital e à atenção primária ou como uma forma de integrar ambos – 17 artigos;
- 4) Provimento de suporte emocional e/ou social aos pais – 9 artigos;
- 5) Oferecimento de suporte por telefone para tirar dúvidas e aconselhar quanto às intervenções necessárias – 8 artigos;
- 6) Coordenação e planejamento do cuidado após a alta, de acordo com as necessidades dos bebês e possibilidades das famílias, garantindo que recebessem dos serviços de saúde o que precisassem – 7 artigos;
- 7) Realização de treinamentos com os pais em relação a manobras de ressuscitação, identificação de sinais e sintomas de doenças e segurança no sono – 3 artigos.

Obviamente, a importância do profissional enfermeiro durante o seguimento do RNR pode ser constatada apenas observando-se a quantidade de ações realizadas. No entanto, os estudos incluídos nesta revisão também apontam para resultados bem promissores e positivos das intervenções realizadas pelos enfermeiros. São elas: garantia da segurança de programas de alta precoce com acompanhamento do enfermeiro, aumento da confiança e satisfação dos pais, das taxas de imunizações e de aleitamento materno, do ganho de peso, melhora de resultados cognitivos, diminuição da ansiedade dos pais, do tempo de internação, de infecções, da mortalidade materna e infantil, dos custos e do uso de serviços de emergência, das hospitalizações e de comportamentos sociais sérios (como uso de drogas e álcool e prisões). Alguns dos estudos apontam que o serviço provido pelos enfermeiros garantiu a

continuidade do cuidado, após a alta hospitalar, e reafirmam a necessidade de monitorização rigorosa e do recebimento de orientações que as famílias dos RNRs possuem.

Com essa revisão integrativa, foi possível constatar a escassez de produção bibliográfica nacional quanto ao assunto e que, apesar de os papéis dos enfermeiros, durante o seguimento ambulatorial, estarem claros no restante do mundo, no Brasil ainda prevalecem muitas dúvidas. Verificou-se, também, que inexistem estudos brasileiros quanto ao perfil de RNRs que podem ou são atendidos por enfermeiros e o que, realmente, estes profissionais fazem durante este acompanhamento.

HIPÓTESE DO ESTUDO

3 HIPÓTESE DO ESTUDO

Todos os recém-nascidos de risco podem ser atendidos por enfermeiros, e este atendimento está associado ao alcance de resultados positivos que levam à melhoria da assistência a esta população.

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar o perfil dos recém-nascidos de risco que foram atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), do Distrito Federal (DF).

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos RNRs de acordo com a consulta, ano de atendimento e ganho de peso diário.
- Descrever os tipos de orientações/intervenções realizadas pelo enfermeiro de acordo com a consulta, ano de atendimento e ganho de peso diário.
- Descrever e avaliar aspectos relacionados ao crescimento, após a alta hospitalar.
- Relacionar o perfil dos RNRs com o ganho de peso diário e as orientações/intervenções dos enfermeiros.
- Comparar o ganho de peso diário entre as consultas.

MÉTODO

5 MÉTODO

5.1 Desenho do Estudo

Trata-se de estudo do tipo coorte retrospectiva, sendo que a população foi composta por RNRs presentes no registro do ambulatório e atendidos pelos enfermeiros em um hospital de referência de Brasília.

Em estudos clínicos, coorte significa que um grupo de sujeitos com uma característica comum foi ou será acompanhado por determinado período de tempo. No caso de coortes retrospectivas, as medições basais (antes do início do acompanhamento), o acompanhamento em si e os desfechos ocorreram no passado (HULLEY et al., 2015).

5.2 Local do Estudo

O HMIB, inaugurado no ano de 1966, é considerado referência nos atendimentos materno, infantil e neonatal. Possui como meta ser referência e fornecer assistência integral à saúde da mulher e da criança com segurança, qualidade e excelência, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida desta população. Possui cerca de 46 leitos cadastrados de UTIN (SESDF, 2015).

O hospital é referência regional para gestação de alto risco, prematuridade extrema e malformações congênitas e de toda a rede de saúde do DF para cirurgia pediátrica. Em seu ambulatório, existem mais de 30 especialidades que atendem à família, ao recém-nascido e à criança (SESDF, 2015).

O Ambulatório de Seguimento do HMIB surgiu em 1999 (MARGOTTO, 2013), ocorre três vezes por semana, tem agenda aberta e é composto por duas médicas, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional e uma técnica de enfermagem. Possui como possibilidade o encaminhamento para outras especialidades (oftalmologia, neurologia clínica, genética, cirurgia pediátrica, fisioterapia etc.) e para a realização de exames. Todos os pacientes realizam acompanhamento na Unidade Básica de Saúde concomitantemente ao atendimento nesse ambulatório.

A enfermeira atende com as residentes de enfermagem às quartas-feiras, dia em que são atendidos os RNRs que tiveram alta mais recentemente e/ou possuem necessidade de um atendimento mais frequente (a cada 03 dias ou semanalmente). É realizada consulta de

enfermagem em todos os RNRs que estão no ambulatório pela primeira vez e, posteriormente, em esquema de revezamento com a consulta médica até a alta para acompanhamento apenas posto de saúde ou para outro dia de ambulatório, onde as consultas ocorrem com menor frequência. Se necessário, os pacientes são atendidos pela médica, enfermeira e terapeuta ocupacional no mesmo dia.



Figura 3 - Ambiente em que é realizada a consulta, residentes de Enfermagem (uma conversando com a mãe e outra examinando), mãe, bebê e irmã do bebê realizando atividades lúdicas que lhe foram entregues quando entrou. Divulgação das fotos autorizada pela mãe. Brasília-DF, 2017.

São encaminhados para este seguimento mais duradouro RNs que nasceram com menos de 1.500g, menos que 32 semanas de idade gestacional, que tiveram Apgar menor que 7 no 5º minuto, que possuem anomalias cerebrais congênitas ou decorrentes de eventos no período neonatal (leucomalácia periventricular, hemorragia intraventricular, convulsões etc.), que tiveram hipoglicemia grave e que são filhos de mães com menos de 18 anos. Neste seguimento, o acompanhamento é realizado apenas pela medicina, as consultas são mais espaçadas, ocorrendo preferencialmente nos marcos de desenvolvimento, e as crianças podem ser acompanhadas até completarem 12 anos de idade.

5.3 População

O atendimento por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento do RNR iniciou-se em junho de 2010. Este atendimento foi pioneiro no DF, e a preocupação naquele momento era somente realizar o atendimento, não registrá-lo. Então, em 2011 e 2012, foram realizados 127 e 220 atendimentos, respectivamente, mas como não havia sido instituído o prontuário eletrônico na unidade e no prontuário físico estavam faltando dados, não foi possível a inclusão destes neste trabalho.

Os participantes do estudo foram todos os RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido de Risco do HMIB que tiveram seus dados colhidos por esses em relatório próprio, desde janeiro de 2013 a dezembro de 2016. Estes RNRs caracterizavam-se inicialmente por terem nascido no HMIB, terem apresentado alguma intercorrência no período neonatal (de nascimento, adquiridas ou ambientais) e terem ficado internados neste hospital em uma das unidades neonatais, seja a de cuidados intensivos, a de cuidados intermediários ou no alojamento conjunto.



Figura 4 - Relatório de registros de atendimentos, materiais e equipamentos levados para o consultório e lembretes dos protocolos locais utilizados. Brasília-DF, 2017

5.3.1 Critérios de inclusão

Todos os RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido de Risco do HMIB que tiveram seus dados colhidos no relatório de registro do ambulatório, desde janeiro de 2013 a dezembro de 2016.

5.3.2 Critérios de exclusão

Os RNRs que foram atendidos no Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido de Risco do HMIB, mas que, por algum motivo, não passaram pelos enfermeiros deste local. Também foram excluídos os pacientes cujos dados referentes às variáveis de desfecho não estavam completos e/ou disponíveis.

5.4 Variáveis de Exposição e de Desfecho

As variáveis de exposição do estudo foram: idade gestacional (IG) e peso de nascimento; data de nascimento; idade gestacional pós-concepcional ou corrigida na data da consulta; peso no dia do atendimento; procedência; número da consulta realizada pela Enfermagem; destino do paciente (alta para atenção básica, seguimento duradouro ou retorno marcado para o mesmo ambulatório); número de dias até o próximo retorno; tempo de internação; diagnósticos médicos da internação. Já as variáveis de desfecho foram o ganho diário de peso; o tipo de alimentação no dia do atendimento (aleitamento materno exclusivo ou misto, fórmula apenas, dieta sólida); e as principais orientações e intervenções realizadas pelos enfermeiros.

5.5 Procedimento de Coleta de Dados

5.5.1 Recursos Materiais

Um banco de dados foi construído no programa Microsoft Excel® para consistência interna das variáveis estudadas, e a coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto a dezembro de 2016 e foi referente aos atendimentos realizados entre 2013 e 2016. Os dados coletados foram relativos às variáveis elencadas nas diferentes consultas realizadas com os enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por duas assistentes de pesquisa que, com base no relatório de registro dos atendimentos realizados por enfermeiros no

Ambulatório de Seguimento, complementaram os dados deste com os presentes em prontuário eletrônico.

5.5.2 Recursos Humanos

As duas assistentes de pesquisa receberam um treinamento prático em relação ao preenchimento do banco de dados e procura de dados no prontuário eletrônico. Cada uma também recebeu uma cópia do relatório de registro de atendimentos referente ao ano em que ficaram responsáveis por coletar os dados.

Posteriormente, os dados foram agregados em um mesmo arquivo, e a pesquisadora conferiu os dados digitados de um paciente a cada amostra de 10, de modo a garantir a fidedignidade destes.

5.6 Análise dos Dados

Os dados foram exportados para o programa estatístico R, versão 3.3, para realização de análise das variáveis descritas. Os dados foram estratificados de acordo com o número da consulta do paciente com a enfermagem (1^a consulta, 2^a, 3^a etc.) e com o ano de atendimento.

Para as variáveis quantitativas, como IG, peso de nascimento, peso atual, ganho de peso, tempo de internação e dias para retorno, utilizou-se a estatística descritiva (média e desvio-padrão), e, para as variáveis qualitativas (ou categóricas) como sexo, tipo de alimentação no dia do atendimento, destino, procedência, diagnóstico e tipo de orientações/intervenções do enfermeiro, fez-se a distribuição das frequências.

Posteriormente, foi verificado o grupo dentre todos os atendimentos no qual o ganho de peso diário foi inferior ou igual a 20 gramas, já que estes bebês, de acordo com protocolo do próprio ambulatório, são os considerados com maior risco e com falha de crescimento. A normalidade das variáveis neonatais foi testada por meio do Teste de Shapiro-Wilk. Este compara os escores de uma amostra e sua média e variância com uma distribuição normal modelo com valores semelhantes (FIELD, 2009).

Para as variáveis como idade gestacional, peso de nascimento, peso atual, tempo de internação, dias até o retorno, diagnósticos médicos e orientações/intervenções de enfermagem foi realizado o teste de Mann-Whitney. Este teste é uma prova não paramétrica utilizada para comparar duas amostras independentes iguais em tamanho ou não, mas com observações mensuradas em escala ordinal ou numérica (FIELD, 2009).

Para as variáveis sexo, tipo de alimentação e destino do paciente, ou seja, variáveis nominais, foi realizado o teste do Qui-Quadrado. Este teste é aplicado quando se pretende comparar dois ou mais grupos independentes que não sejam necessariamente do mesmo tamanho (FIELD, 2009).

Para testar a relação do ganho de peso com as variáveis idade gestacional, peso ao nascimento e tempo de internação, foi realizado também o Teste de Correlação de Spearman. Uma correlação é uma medida de um relacionamento entre variáveis, seja ele positivo ou negativo. Já a Correlação de Spearman é um teste não paramétrico que tem o objetivo de verificar o grau de associação entre duas variáveis que foram mensuradas a nível ordinal.

A diferença entre as médias do ganho de peso e os tipos de alimentação, na data do atendimento, foi investigada pela Análise de Variância (ANOVA), procedimento estatístico que geralmente informa como diversas variáveis independentes estão interagindo junto com as outras e qual o efeito que estas interações possuem sobre uma variável dependente (FIELD, 2009). Posteriormente, o Teste Tukey, um teste de comparação de médias que pode ser utilizado após ANOVA resultar em significância, foi utilizado para verificar qual tipo de alimentação proporcionou a diferença.

5.7 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aceita pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde do Distrito Federal sob o CAAE nº 55511116.6.0000.0030, cujo parecer encontra-se no Anexo A. E por se tratar de estudo sem intervenção direta na população estudada, foi concedida a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Mesmo que não haja contato direto com os participantes do estudo, o sigilo, o anonimato e o acesso a resultados da pesquisa. Somente as pesquisadoras e assistentes de pesquisa têm acesso aos instrumentos de coleta de dados preenchidos, e os mesmos estão mantidos em local seguro por um período mínimo de cinco anos, sendo posteriormente incinerados.

RESULTADOS

6 RESULTADOS

Os dados foram analisados referentes aos atendimentos e aos RNRs atendidos de janeiro de 2013 a dezembro de 2016. Nesse período, realizaram-se 886 atendimentos por enfermeiros, sendo que quatro tiveram de ser excluídos desta pesquisa por não terem sido encontrados seus prontuários (02 de 2013, 01 de 2014 e 01 de 2016). Assim, foram analisadas 882 consultas realizadas com 629 pacientes.

Para melhor organização dos dados, os resultados foram divididos em três seções, dispostas de acordo com a estratificação utilizada para descrição e análise. Na primeira seção, foi descrito o perfil de atendimento, de acordo com o número da consulta com a Enfermagem, na segunda, o perfil de atendimento, de acordo com o ano e, na última seção, foram distribuídos os dados, de acordo com o ganho de peso.

6.1 Perfil dos RNRs de acordo com o número da consulta

Foram atendidos 629 bebês e famílias pelos enfermeiros, sendo que estes mesmos eram atendidos em consultas posteriores sempre que houvesse necessidade de retorno. Considerando-se o esquema de revezamento de consultas realizado entre Medicina e Enfermagem, dois bebês chegaram a retornar cinco vezes com os enfermeiros e estavam marcados para ainda outro retorno. Isso corresponde a, no mínimo, 10 consultas durante este acompanhamento inicial no Ambulatório de Seguimento.

Segue abaixo a Tabela 1 com o perfil de nascimento e sociodemográfico dos bebês atendidos por enfermeiros, de acordo com o número de suas consultas.

Tabela 1 - Perfil dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento entre os anos de 2013 a 2016, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017

Variáveis	1ª consulta n=629 n(%)		2ª consulta n=206 n(%)		3ª consulta n=38 n(%)		4ª consulta n=7 n(%)		5ª consulta n=2 n(%)	
Sexo										
Feminino	305 (48,5%)		95 (46,1%)		21 (55,3%)		3 (42,9%)		0 (0%)	
Masculino	324 (51,5%)		111 (53,9%)		17 (44,7%)		4 (57,1%)		2 (100%)	
Tipo de alimentação										
-AME	348 (55,3%)		117 (56,8%)		13 (34,2%)		4 (57,14%)		0	
-Aleitamento misto	198 (31,5%)		68 (33,0%)		20 (52,6%)		3 (42,86%)		2 (100%)	
-Fórmula	78 (12,4%)		19 (9,2%)		5 (13,2%)		0		0	
-Dieta sólida	5 (0,8%)		2 (1%)		0		0		0	
Destino										
-Retorno marcado	521 (82,8%)		127 (61,6%)		20 (52,6%)		2 (28,6%)		2 (100%)	
-Alta para o posto	69 (11,0%)		43 (20,9%)		8 (21,1%)		1 (14,3%)		0	
-Seguimento duradouro	39 (6,2%)		36 (17,5%)		10 (26,3%)		4 (57,1%)		0	
Procedência										
-DF	390 (62,0%)		132 (64,1%)		18 (47,4%)		4 (57,1%)		0	
-Residentes de fora do DF	239 (38%)		74 (35,9%)		20 (52,6%)		3 (42,9%)		2 (100%)	
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP
Idade										
Gestacional (dias/semanas +dias)	236,2/ 33+5	24,8	232,7/ 33+2	27,3	230,7/ 32+6	23,1	214,1/ 30+3	22,8	215/ 30+5	12,7
Peso de Nascimento (gramas)	1886,5	647	1790,7	588	1678,4	530	1291	593	1150	523
Peso atual (gramas)	2860,3	747	3251,6	778	3519,7	668	3591,4	635	3872,5	711
Ganho de Peso (g/dia)	29,37	16,1	36,0	14,7	35,7	25	32,6	14,7	31,5	23,3
Tempo de Internação	35,2	33,4	35,6	34,6	41	53,8	55,4	38,4	64	33,9
Dias para retorno	12,2	5,8	13,9	6,4	16,3	9,1	14	0	52	53,7

Fonte: Dados da pesquisa.
 \bar{x} = média, DP= desvio-padrão

Acrescenta-se que os valores máximo e mínimo encontrados, respectivamente, em relação à idade gestacional foram de 172 dias (24 semanas e 5 dias) e de 289 dias (41 semanas e 02 dias), ao peso de nascimento foram de 570 gramas e de 4.100g, ao peso na data do atendimento foram de 1.810g e de 7.115g, ao ganho de peso foram de -80g/dia e de 170g/dia,

ao tempo de internação foram de 02 e de 315 dias, ao número de dias até o próximo retorno foram de 02 e de 90 dias.

Também, de acordo com o número da consulta/atendimento com os enfermeiros, verificou-se quais os diagnósticos médicos mais comuns desde a internação dos lactentes, os quais estão apresentados abaixo nos Gráficos 1, 2, 3 e 4.

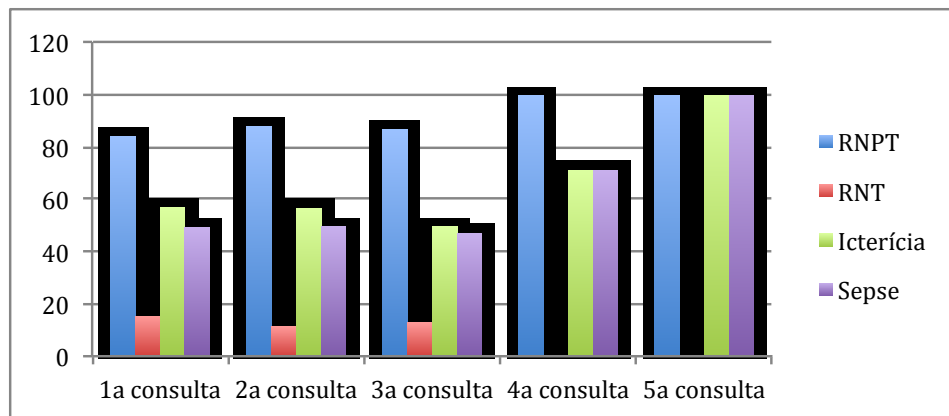


Gráfico 1 - 1º Grupo de diagnósticos mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017. RNPT=recém-nascido pré-termo; RNT=recém-nascido a termo

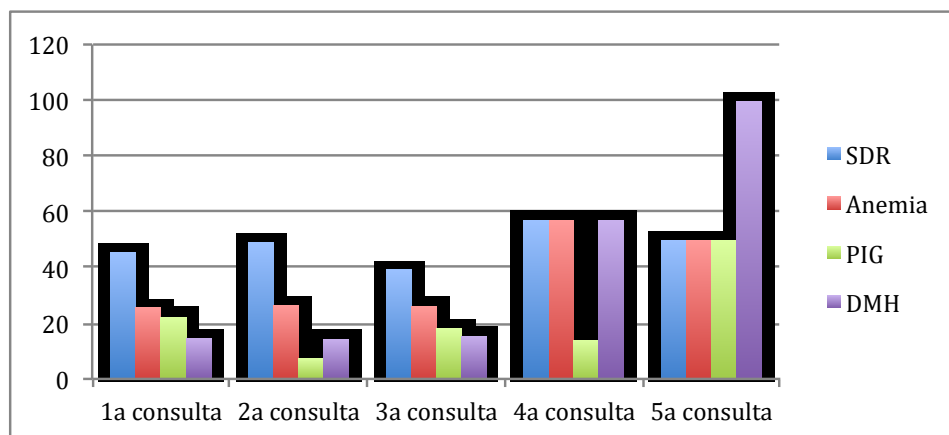


Gráfico 2 - 2º Grupo de diagnósticos mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017. SDR=síndrome do desconforto respiratório; PIG=pequeno para idade gestacional; DMH=doença da membrana hialina.

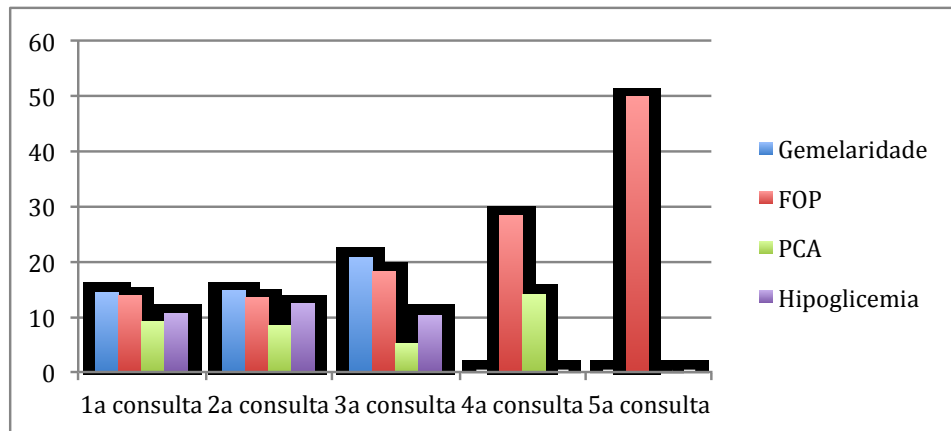


Gráfico 3 - 3º Grupo de diagnósticos mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017. FOP=forame oval patente; PCA=canal arterial patente ou pérvio.

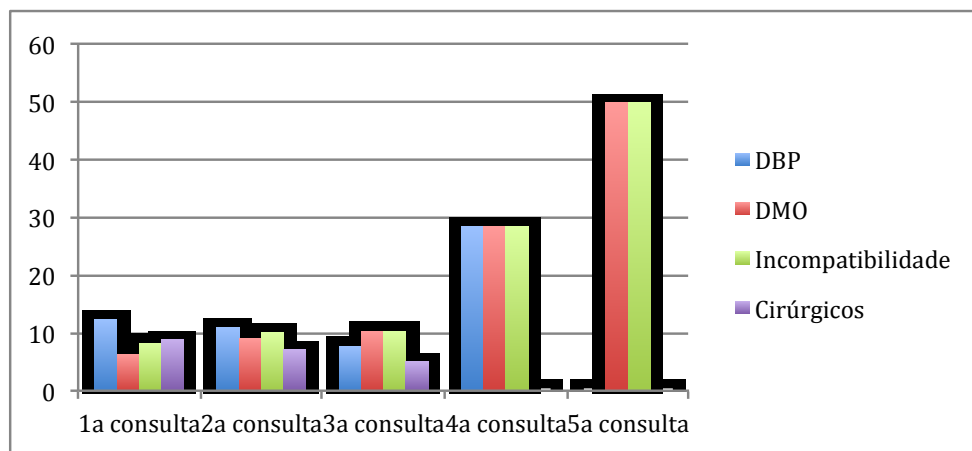


Gráfico 4 - 4º Grupo de diagnósticos mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017. DBP=displasia broncopulmonar; DMO=doença metabólica óssea

Todos os diagnósticos apresentados acima possuíram uma frequência maior do que 7,6% (n=67), do total de 882 atendimentos. Foram encontrados outros diagnósticos que apresentaram frequências de 2 a 6%, dentre eles, em ordem decrescente: apneia, taquipneia transitória do RN (TTRN), fungemia, dilatação ventricular, enterorragia, desnutrição, asfíxia neonatal, síndrome genética, alteração do teste do pezinho, hemorragia intraventricular (HIV), comunicação intra-atrial (CIA), convulsão, hérnia inguinal, enterocolite necrosante (ECN), pneumotórax, distúrbio hidroeletrólítico (DHE), conjuntivite, alergia às proteínas do leite de vaca (APLV), doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), comunicação intraventricular (CIV), policitemia, pneumonia, retinopatia da prematuridade, hemorragia pulmonar e hipertensão pulmonar.

Os diagnósticos como cardiopatia e infecções congênitas obtiveram menos de 2% de frequência e outros como meningite, leucomalácia periventricular e microcefalia, menos de 1%. E além de todos os diagnósticos supracitados, ainda foram identificados mais outros 82 diferentes, durante a coleta de dados, os quais foram pouco frequentes.

Verificou-se que estiveram presentes com maior frequência nas 4ª e 5ª consultas, respectivamente, os seguintes diagnósticos médicos: RNPT (100%), icterícia (71 e 100%), sepse (71 e 100%), DMH (57 e 100%), SDR (57 e 50%), anemia (57 e 50%), PIG (14 e 50%), FOP (29 e 50%), incompatibilidade sanguínea (29 e 50%), DMO (29 e 50%), apneia (14 e 50%), desnutrição (14 e 50%), hérnia inguinal (14 e 50%) e DBP (29 e 0%).

Segundo estratificação por consulta com a enfermagem, foram elencadas ainda as orientações e intervenções realizadas durante essas, as quais estão explicitadas e detalhadas no Apêndice B. As orientações/intervenções realizadas com mais frequência, durante as consultas, encontram-se nos Gráficos 5, 6, 7, 8, 9 e 10.

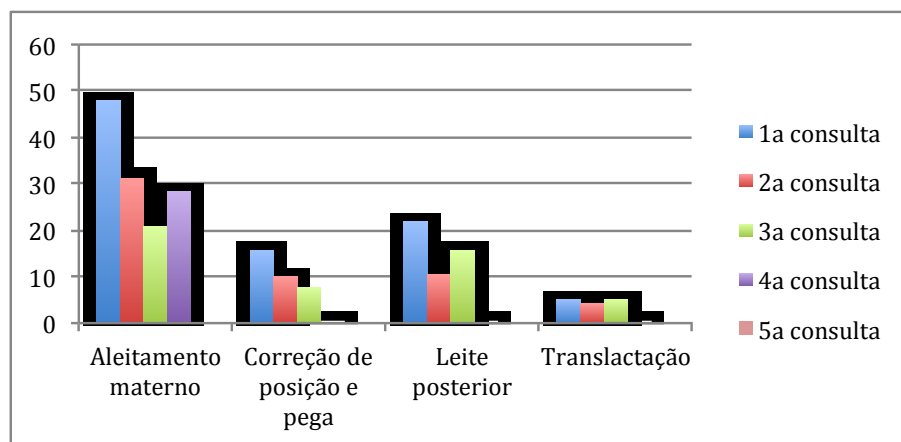


Gráfico 5 - 1º Grupo de orientações/intervenções mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.

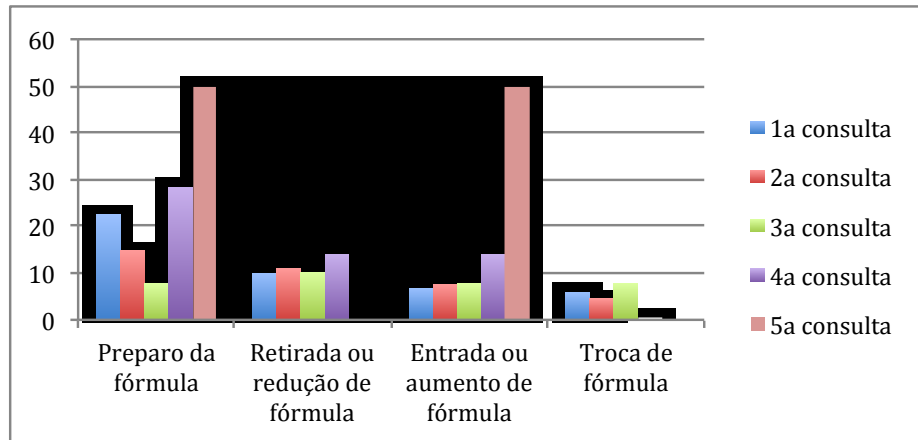


Gráfico 6 - 2º Grupo de orientações/intervenções mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.

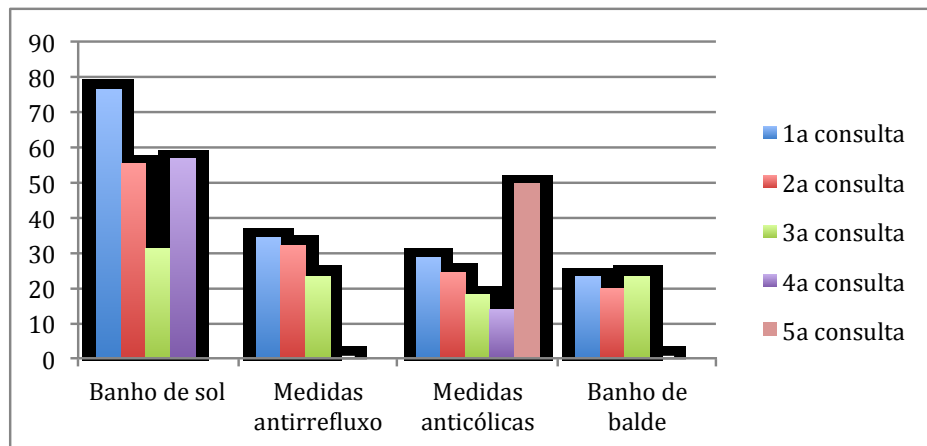


Gráfico 7 - 3º Grupo de orientações/intervenções mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.

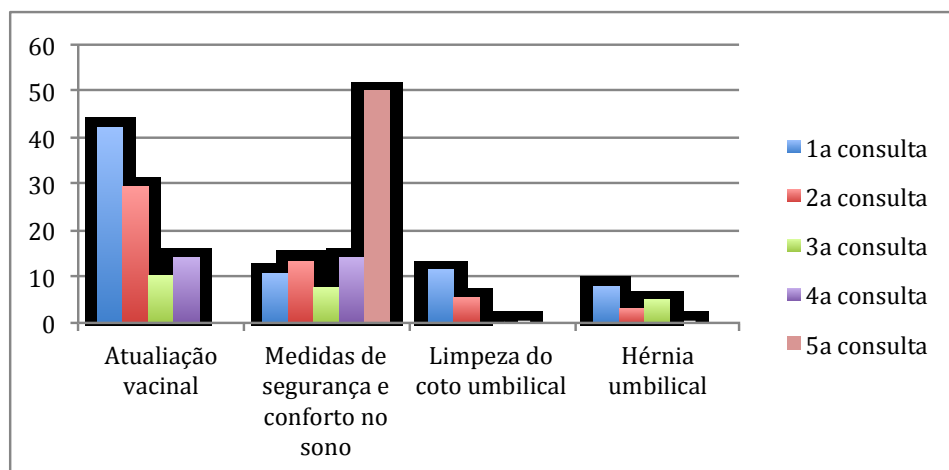


Gráfico 8 - 4º Grupo de orientações/intervenções mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.

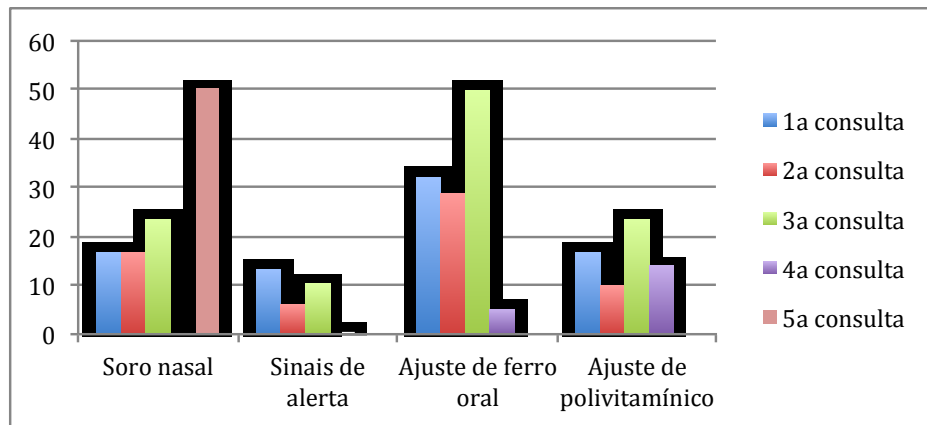


Gráfico 9 - 5º Grupo de orientações/intervenções mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017.

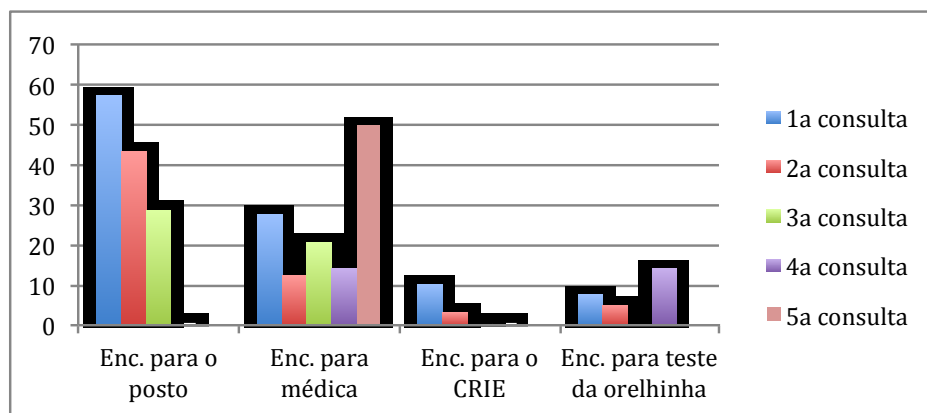


Gráfico 10 - 6º Grupo de orientações/intervenções mais prevalentes nos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta. Brasília-DF, 2017. Enc.=encaminhamento; CRIE=Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais.

As orientações presentes nos gráficos acima apresentaram mais de 7% (n=62) de frequência, durante as consultas realizadas, dentre os 77 tipos de orientações e intervenções listadas, durante a coleta de dados deste trabalho. Evidenciou-se, também, que na 1ª consulta ocorreram mais de 5.000 orientações, perfazendo uma média de oito orientações por consulta. À medida que vão ocorrendo novas consultas, esta média vai diminuindo para 5, 4 e 2 na 2ª, 3ª e 4ª consultas, e aumentando para sete orientações em média na 5ª consulta.

Nas últimas duas consultas, também houve orientações/intervenções mais comuns, tais como: estímulo ao aleitamento materno, preparo do leite artificial, entrada ou aumento do leite artificial, medidas anticólicas e para melhoria e segurança do sono, administração de soro nasal, estímulo ao desenvolvimento, ajuste de medicações e encaminhamento para médica, no mesmo dia.

6.2 Perfil dos RNRs de acordo com o ano de atendimento

As 882 consultas realizadas com os 629 pacientes foram distribuídas da seguinte forma, de acordo com o ano: 2013= 140 atendimentos e 104 pacientes; 2014= 270 atendimentos e 198 pacientes; 2015= 215 atendimentos e 150 pacientes; 2016= 257 atendimentos e 177 pacientes.

Destaca-se que, no ano de 2013, houve menos consultas pelos enfermeiros devido aos membros da equipe multidisciplinar estarem passando por problemas pessoais e de saúde.

Seguem abaixo os Gráficos 11, 12, 13 e 14, os quais demonstram o comportamento de algumas variáveis relacionadas aos pacientes com o passar dos anos.

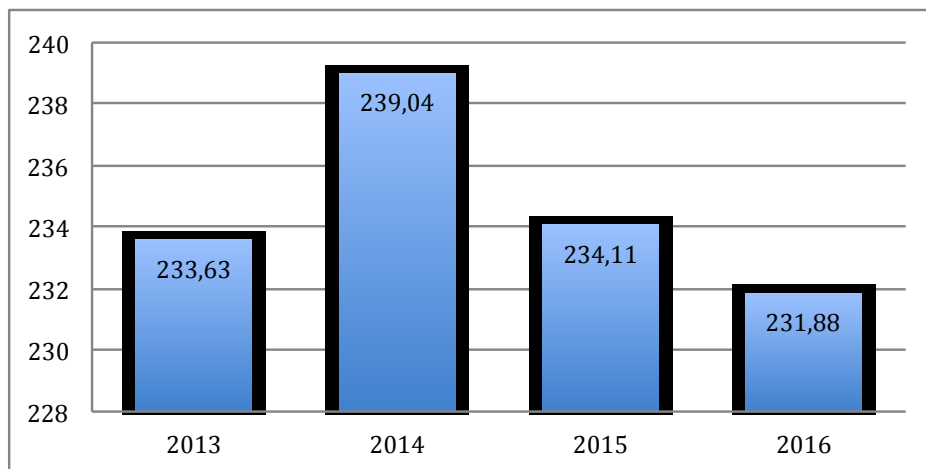


Gráfico 11 - Evolução das médias de idade gestacional em dias dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017.

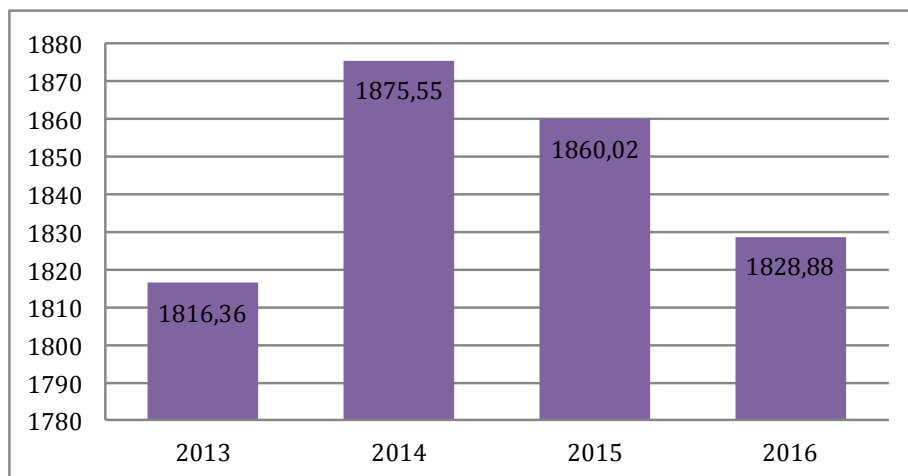


Gráfico 12 - Evolução das médias de peso de nascimento em gramas dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017.

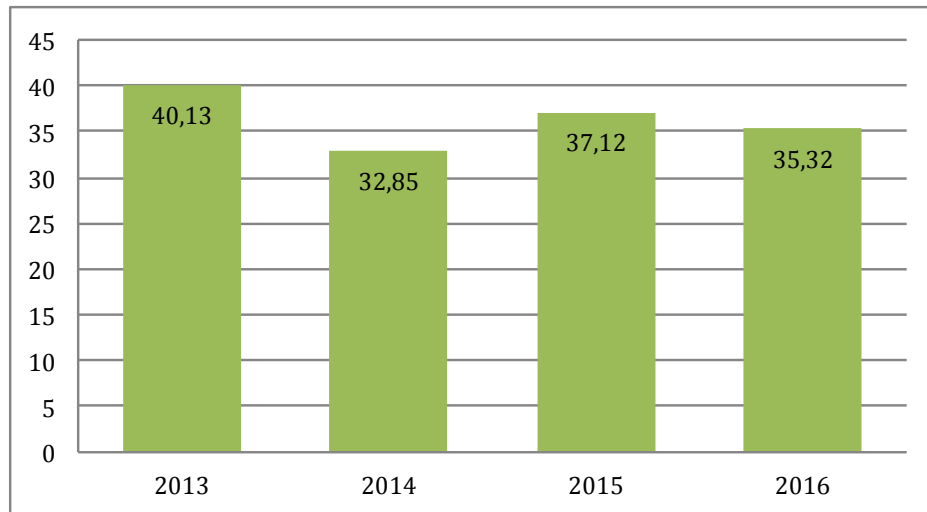


Gráfico 13 - Evolução das médias de tempo de internação em dias dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017.

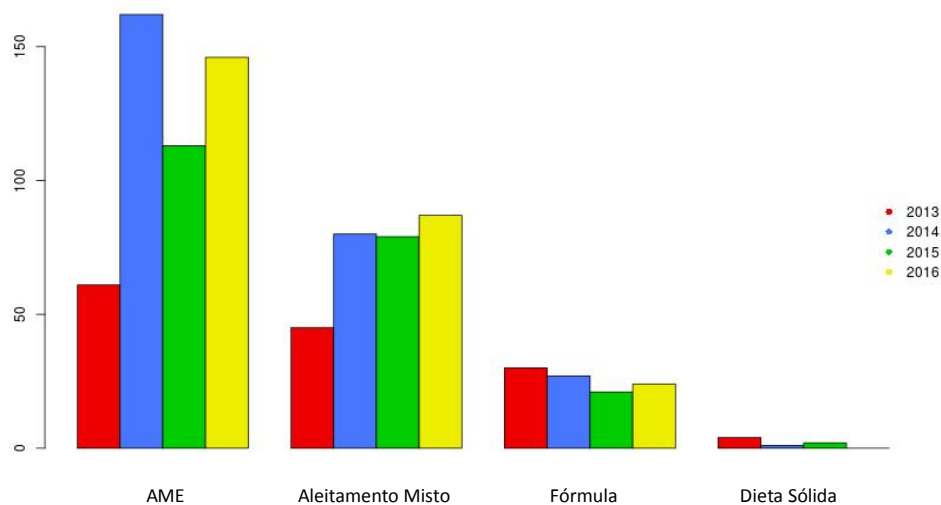


Gráfico 14 - Evolução dos tipos de alimentação dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017. AME=aleitamento materno exclusivo.

Verifica-se que, apesar das médias de idade gestacional e do peso de nascimento estarem com tendência de queda, o tempo de internação não aumentou com o passar dos anos, e sim o contrário. Além disso, observa-se, também, que a frequência do aleitamento materno exclusivo está subindo nos últimos 2 anos.

De modo a entender como os diagnósticos médicos evoluíram com o passar dos anos, estes foram enunciados abaixo nos Gráficos 15, 16 e 17, de acordo com sua frequência e maior prevalência.

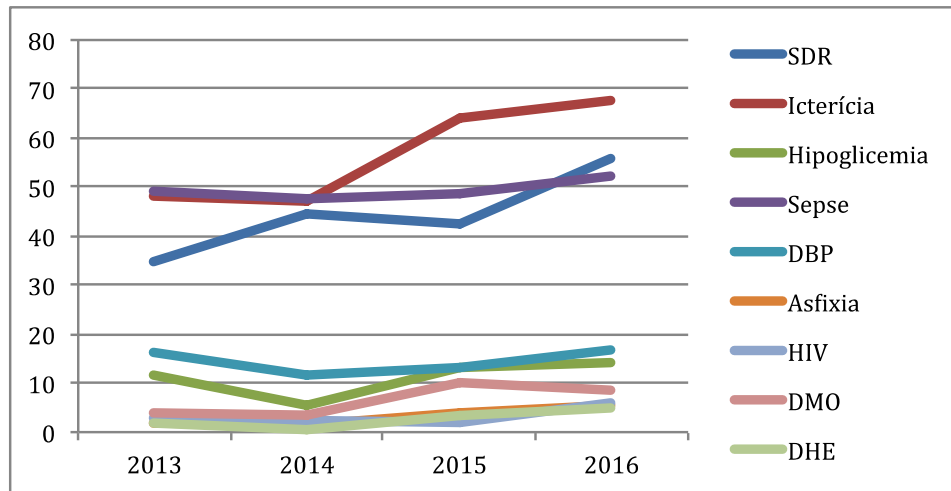


Gráfico 15 - 1º Grupo de evolução das frequências dos diagnósticos médicos dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017.
SDR=síndrome do desconforto respiratório; DBP=displasia broncopulmonar; HIV=hemorragia intraventricular; DMO=doença metabólica óssea; DHE=distúrbio hidroeletrólítico

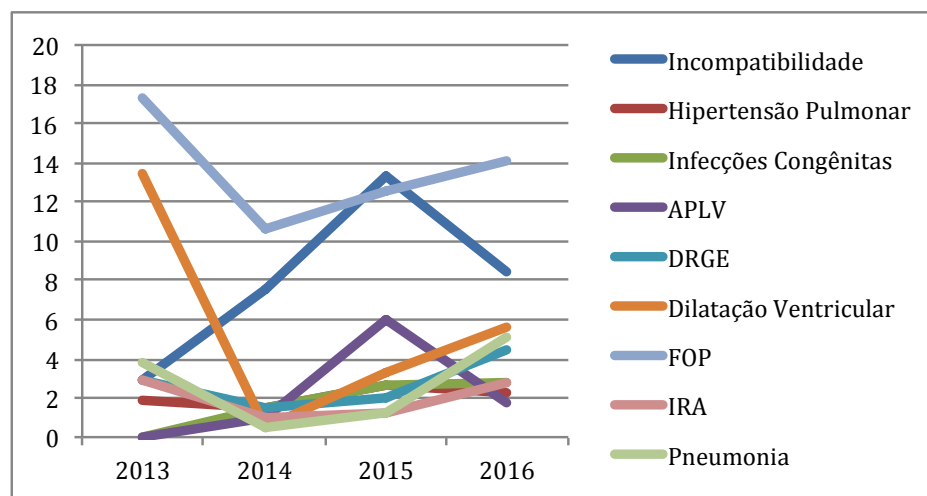


Gráfico 16 - 2º Grupo de evolução das frequências dos diagnósticos médicos dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017.
APLV=alergia às proteínas do leite de vaca; DRGE=doença do refluxo gastroesofágico; FOP=forame oval patente; IRA=insuficiência renal aguda.

Nos Gráficos 15 e 16, são observados os diagnósticos médicos que os RNRs receberam, especialmente quando internados, e que tiveram tendência de aumento em suas frequências. São eles: SDR, icterícia, hipoglicemia, incompatibilidade, sepse, DBP, asfixia, hemorragia intraventricular, hipertensão pulmonar e infecções congênitas, além dos não mencionados por sua baixa frequência na população DMO, DHE, distúrbio de deglutição e sucção e microcefalia. Mas apenas no Gráfico 16, é possível verificar os diagnósticos que

obtiveram evolução instável de suas frequências, tais como APLV, DRGE, FOP, IRA e dilatação ventricular.

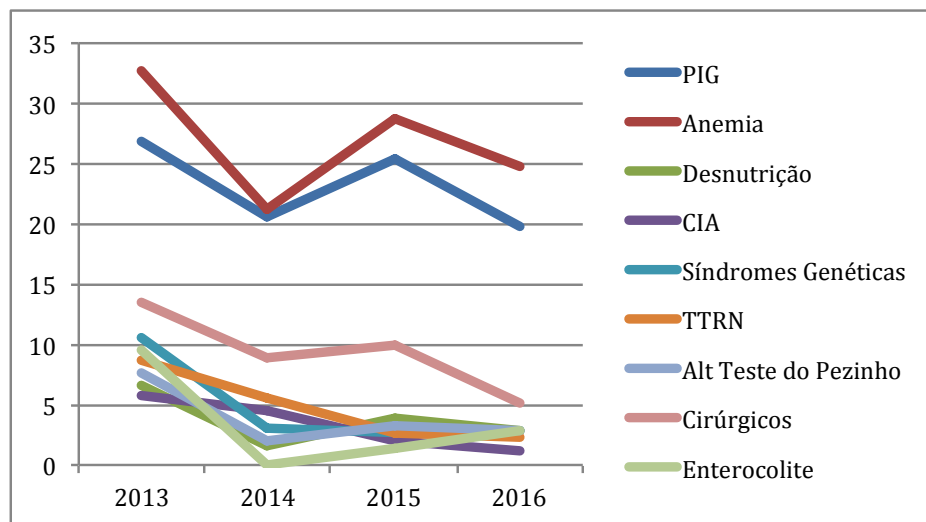


Gráfico 17 - 3º Grupo de evolução das frequências dos diagnósticos médicos dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ano de atendimento. Brasília-DF, 2017
 PIG=pequeno para a idade gestacional; CIA=comunicação intra-atrial; TTRN=taquipneia transitória do recém-nascido; Alt=alteração.

Já o Gráfico 17 representa todos os diagnósticos que obtiveram tendência de queda em suas frequências com o passar dos anos em que os RNRs foram atendidos.

Uma tendência de aumento nas frequências das seguintes orientações/intervenções também foi encontrada: retirada de chupetas, realização de curativos, ajuste de ferro oral, sulfato de zinco, domperidona e simeticona, higiene ocular, translactação, banho de sol, medidas antirrefluxo, anticólica, ambientais e de segurança e conforto no sono, coleta de teste do pezinho e exames, sinais de alerta, nebulização com soro fisiológico e encaminhamento para a fundoscopia.

Todavia, houve frequências de algumas orientações/intervenções que apresentaram tendência de queda, tais como estímulo ao desenvolvimento, limpeza de coto umbilical, higiene oral e encaminhamento para teste da orelhinha e Cirurgia Pediátrica (CIPE).

6.3 Perfil dos RNRs de acordo com o ganho de peso

Para estratificação de acordo com o ganho de peso durante as consultas, foi realizado Shapiro-Wilk para as variáveis peso de nascimento, idade gestacional, ganho de peso e tempo de internação. Pelo *p*-valor pôde-se concluir que as variáveis não seguem uma distribuição normal.

Na Tabela 2, foram descritas as variáveis que demonstram a diferença de perfil entre os bebês que obtiveram ganho ponderal menor/igual e maior que 20 gramas/dia (g/dia). Foram destacadas ainda as que estiveram relacionadas com este ganho, seja diretamente ou inversamente, após aplicação dos testes estatísticos.

Tabela 2 – Perfil dos RNRs atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento entre os anos de 2013 a 2016, de acordo com o ganho ponderal. Brasília-DF, 2017

Variáveis	Ganho ponderal < 20g/dia n=190		Ganho ponderal > 20g/dia n=692		p*	
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP		
	Idade gestacional (dias)	232,2	27,5	235,6		24,3
Peso de nascimento (g)	1785,8	689,6	1866,1	615,8	0,000 ¹ 0,123 ²	
Peso atual (g)	2769,9	816,6	3048,2	757,3	0,000 ²	
Tempo de internação (dias)	44,4	42,5	33,4	32,1	0,000 ¹ 0,003 ²	
Dias até o retorno	9,1	7,5	14,0	6,0	0,000 ²	
	f	%	f	%	p*	
Sexo	Feminino	96	50,5%	328	47,4%	0,002 ²
	Masculino	94	49,5%	364	52,6%	
Tipo de alimentação	-AME	102	53,7%	380	54,9%	0,060 ³ 0,012 ^{4**}
	-Aleitamento misto	57	30,0%	234	33,8%	
	-Leite artificial	27	14,2%	75	10,8	
	-Dieta sólida	4	2,1%	3	0,5	
Destino	Alta	8	4,2%	113	16,3%	0,000 ³
	Seguimento duradouro	9	4,7%	80	11,6%	
	Retorno marcado	173	91,1%	499	72,1%	

Fonte: Dados da Pesquisa

\bar{x} = média, DP = desvio-padrão, ¹ Teste Correlação de Spearman, ² Teste Mann-Whitney, ³ Teste Qui-Quadrado, ⁴ ANOVA, * $\alpha=0,05$, **Não confirmado pelo Teste de Tukey

O teste de Correlação de Spearman apontou que uma IG e peso de nascimento maiores, assim como um tempo de internação menor, estão correlacionados com um aumento no valor do ganho de peso diário.

Com a aplicação do teste Qui-quadrado entre o baixo ganho de peso e as variáveis mostradas na Tabela 2, pôde-se concluir pelos *p*-valores que existe associação significativa entre a alta do ambulatório e se o bebê deverá retornar, ou seja, o fato de o bebê ter tido um baixo ganho de peso está influenciando se receberá alta do ambulatório e se terá retorno marcado.

Quando aplicado o teste Mann-Whitney, verificou-se uma diferença significativa das variáveis peso atual, número de dias até o retorno e tempo de internação com o fato de o bebê ser classificado como baixo ganho de peso ou não. Quanto menor o ganho de peso, menor o peso atual e de dias até o retorno e maior o tempo de internação.

Por esse mesmo teste, houve a possibilidade de elencar os diagnósticos médicos que tiveram diferença estatística importante entre os bebês com baixo e adequado ganho ponderal, sendo possível relacioná-los com o ganho de peso menor ou igual a 20g/dia. São eles: hipoglicemia ($p=0,040$), DBP ($p=0,026$), apneia da prematuridade ($p=0,012$), dilatação ventricular/biventricular ($p=0,000$), DMO ($p=0,004$), pneumotórax ($p=0,001$), hemorragia pulmonar ($p=0,006$), hipertensão pulmonar ($p=0,003$), atelectasia ($p=0,002$), cardiopatias congênitas ($p=0,043$), síndromes genéticas ($p=0,044$), anemia ($p=0,045$) e eventração diafragmática ($p=0,001$).

Ao comparar o ganho de peso entre as consultas com o Mann-Whitney, percebeu-se uma diferença significativa entre a 1ª e a 2ª consulta ($p=0,000$; médias de ganho ponderal diário de 29,37 e 36 gramas, respectivamente), mas não quando se compara a 2ª com a 3ª ($p=0,086$), esta com a 4ª ($p=0,684$) e a 4ª com a 5ª consulta ($p=0,883$).

A ANOVA foi utilizada para verificar se existe diferença significativa entre os grupos de alimentação e procedência em relação ao ganho de peso. Pelo p -valor, foi encontrada uma diferença significativa de ganho de peso, segundo o tipo de alimentação ($p=0,012$), mas não para procedência ($p=0,616$). Para verificar qual o tipo de alimentação que proporcionou esta diferença que a ANOVA apontou, foi aplicado o Teste de Tukey entre cada um dos tipos entre si. Como o p -valor foi maior que 0,05 em todas as comparações possíveis realizadas, concluiu-se que não houve influência do tipo de alimentação no ganho de peso dos bebês.

As orientações/intervenções listadas na Tabela 3 apresentaram discrepâncias de frequências, quando considerada a estratificação por ganho de peso. As diferenças significativas foram verificadas pelo teste de Mann-Whitney, o qual foi aplicado para todas as variáveis relativas às orientações/intervenções.

Tabela 3 – Orientações/Intervenções significativas realizadas durante o atendimento do RNR por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o ganho ponderal. Brasília, 2017

Orientações	Ganho de peso < 20g/dia n = 190		Ganho de peso > 20g/dia n = 692		p*
	n	%	n	%	Mann-Whitney
Aleitamento materno	95	50%	283	40,9%	0,025
Correção de posição e pega	58	30,5%	67	9,7%	0,000
Leite posterior	83	43,7%	84	12,1%	0,000
Translactação	20	10,5%	25	3,6%	0,000
Preparo de fórmula	53	27,9%	127	18,3%	0,004
Retirada ou diminuição de fórmula	6	3,2%	87	12,6%	0,000
Entrada ou aumento de fórmula	41	21,6%	24	3,5%	0,000
Estímulo ao uso do copo	9	4,7%	2	0,3%	0,000
Medidas anticólicas	39	20,5%	203	29,3%	0,016
Banho de balde	29	15,3%	171	24,7%	0,006
Uso de soro nasal	21	11,1%	131	18,9%	0,011
Encaminhamento para fundoscopia	17	8,9%	30	4,3%	0,012
Encaminhamento para fisioterapia	2	1%	30	4,3%	0,032
Encaminhamento para Neurologia	5	2,6%	5	0,7%	0,028
Encaminhamento para Fonoaudiologia	2	1,1%	0	0%	0,007

Fonte: Dados da Pesquisa.

* $\alpha=0,05$; CRIE=Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais; CIPE=Cirurgia Pediátrica.

Das orientações/intervenções descritas acima, foram apontadas cinco tipos de com maior frequência nos bebês com maior ganho de peso, com diferença significativa: retirada ou diminuição de fórmula, medidas anticólicas, banho de balde, uso de soro nasal e encaminhamento para fisioterapia.

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

Este trabalho foi o primeiro no país que traçou e analisou o perfil dos RNRs atendidos por enfermeiros em um Ambulatório de Seguimento do DF, apresentando o maior número de participantes e atendimentos realizados por esta categoria profissional. Além disso, o Ambulatório de Seguimento em que foi realizado o estudo é o único no DF cujo enfermeiro faz parte da equipe multiprofissional e, como isso já faz alguns anos, houve a possibilidade de diferenciar o perfil desses RNRs, entre 2013 e 2016. Houve, também, a probabilidade ímpar de apontar fatores que influenciam o ganho ponderal dos bebês e famílias atendidos, assim como quais as orientações e intervenções são mais frequentes diante de um baixo ganho de peso.

A hipótese nula foi rejeitada, pois foi demonstrado que a importância do atendimento do enfermeiro não se encontra apenas na evolução quantitativa dos atendimentos, mas também o quanto estes são capazes de melhorar o aleitamento materno exclusivo e crescimento dos pacientes. Sabe-se inclusive que, como o ganho ponderal é um importante diagnosticador da saúde do bebê (VIERA et al., 2013), pôde ser verificada diferença estatisticamente significativa da primeira para a segunda consulta, diante do ganho de peso neste estudo, e que a assistência fornecida aos RNRs foi eficaz. Ou seja, percebeu-se o quanto as orientações realizadas, nas primeiras consultas, fizeram diferença para a melhoria do crescimento dos bebês atendidos.

Em outras publicações, assim como nesta, enfermeiros tiveram papéis cruciais no seguimento de RNR, desde o planejamento e operacionalização deste, na educação, orientação e treinamento dos pais (LUNDBERG et al., 2016; DEHKHOBA et al., 2013; BRAGA; SENA, 2012; SMITH et al., 2012; AIRES et al., 2015; LOPEZ; ANDERSON; FEUTCHINGER, 2012), nos encaminhamentos para outras especialidades (DOYLE et al., 2014; AIRES et al., 2015; LOPEZ; ANDERSON; FEUTCHINGER, 2012), na visita domiciliar (LUNDBERG et al., 2016; BRYANT-LUKOSIUS et al., 2015; MIRÓ et al., 2014; AIRES et al., 2015; LOPEZ; ANDERSON; FEUTCHINGER, 2012) até na disponibilidade por telefone para tirar dúvidas (LUNDBERG et al., 2016; BRYANT-LUKOSIUS et al., 2015; AIRES et al., 2015), além do suporte à família, da avaliação/manutenção da saúde e bem-estar dos bebês (LUNDBERG et al., 2016; BRYANT-LUKOSIUS et al., 2015; ADAMA; BAYES; SUNDIN, 2015; BARKEMEYER, 2015; LOPEZ; ANDERSON; FEUTCHINGER, 2012) e do apoio ao AME (DEHKHOBA et al., 2013; AIRES et al., 2015).

Os resultados também levaram à melhoria da qualidade da assistência, aumentando a confiança dos pais (ADAMA; BAYES; SUNDIN, 2015), reduzindo o tempo de internação (LUNDBERG et al., 2016; (BRYANT-LUKOSIUS et al., 2015), melhorando o ganho de peso (DEHKHOBHA et al., 2013; MIRÓ et al., 2014), a taxa de imunizações e a satisfação materna e reduzindo custos e reinternações (BRYANT-LUKOSIUS et al., 2015).

Em relação ao perfil descrito na Tabela 1, pôde-se perceber que houve certa instabilidade dos dados de acordo com o sexo do RN atendido, mas que este se encontrou relativamente equilibrado. Apenas nas últimas consultas, o sexo masculino encontrou-se predominante, mas em relação ao ganho de peso, o que encontrou significância estatística ($p=0,002$) foi o feminino (Tabela 2). Isso demonstra que não foi só o ganho de peso o parâmetro utilizado para que fosse verificada a necessidade de retorno do paciente e família.

Estudos que elencam o perfil dos atendidos, igualmente, variam quanto à predominância de sexo masculino (MIRÓ et al., 2014; BALLANTYNE et al., 2012) ou feminino (MENEZES et al., 2014b; SAMMY; CHEGE; OYIEKE, 2016; VIERA et al., 2013). Outros trabalhos referentes ao crescimento também demonstram que as meninas são as que menos ganham peso, durante o acompanhamento ambulatorial (SAMMY; CHEGE; OYIEKE, 2016; KATTULA et al., 2014).

Já quanto aos dados relativos à idade gestacional e ao peso de nascimento, verificou-se que, à medida que há necessidade de mais consultas/retornos, suas médias vão diminuindo. Então, quanto menor a idade gestacional e o peso de nascimento, mais frequentes e em maior quantidade são as consultas de acompanhamento especializado para estes bebês.

Alguns estudos mostram que o baixo peso ao nascimento e a prematuridade estão relacionados a um aumento da morbimortalidade, das condições crônicas e das reinternações (TAVARES et al., 2014; BRAGA; SENA; 2012; PHILLIPS et al., 2013; BARRETO; SILVA; MARCON, 2013; SILVA et al., 2014; MARTINS et al., 2014; LANSKY et al., 2014; GLASS et al., 2015; BARKEMEYER, 2015; FARIA et al., 2014), assim como o risco maior de déficit de crescimento (SAMMY; CHEGE; OYIEKE, 2016; GLASS et al., 2015) e problemas cognitivos (LUNDEQUIST et al., 2014; GLASS et al., 2015). E por isso, como verificado neste estudo, bebês prematuros e de baixo peso acabam tendo de ser acompanhados mais regularmente.

Concomitante à diminuição da IG e do peso de nascimento com a evolução das consultas, foi verificada uma relação diferente entre o tempo de internação e o número de consultas a que foram submetidos os RNRs. Isto é, quanto maior o tempo de internação, maior foi a necessidade de retorno do bebê. E como o tempo de internação correlaciona-se

diretamente com a idade gestacional (GLASS et al., 2015), este dado ainda corrobora um estudo realizado na Suécia sobre um programa de alta precoce com 1.410 lactentes prematuros, onde os que obtiveram mais readmissões foram aqueles com tempo de internação maior e idade gestacional de nascimento menor (LUNDBERG et al., 2016).

Não se pode deixar de mencionar que neste estudo, com o passar dos anos, a IG e o peso de nascimento dos RNRs atendidos no Ambulatório de Seguimento vêm diminuindo, assim como o tempo de internação. Isso leva à provável conclusão de que têm sido atendidos bebês cada vez menores e mais novos ao nascer, tanto no ambulatório como no próprio hospital e, mesmo aumentando a complexidade da assistência, não houve aumento do tempo de internação como seria o esperado. A qualidade da assistência por ações de diagnóstico e tratamento vem melhorando significativamente nos últimos anos. Isso pode ser verificado em um estudo de séries temporais entre os anos de 1997 e 2006, realizado no DF, o qual afirma que a mortalidade infantil por causas evitáveis (como infecções, anemias, distúrbios metabólicos etc.) por estas ações foi reduzida em 51% (BATISTA et al., 2010).

Ressalta-se que apenas prematuros foram acompanhados a partir da 4^a consulta e que os encaminhamentos para o seguimento duradouro foram aumentando em necessidade da primeira (6,2%) para a quarta consulta (57,1%), perfazendo um total de 15% (n=89) dos RNRs atendidos. Este dado expõe que os critérios de inclusão no seguimento duradouro estão adequados, pois estão presentes no perfil dos pacientes que precisam ser atendidos mais vezes e com maior frequência pela equipe multiprofissional. A literatura confirma que esses critérios para o seguimento devem ser os utilizados e ainda os soma a outros, como PIG e falha na triagem auditiva neonatal (BOCKLY et al., 2014; DOYLE et al., 2014).

E esse perfil de RNR também confirma a necessidade de ele ser acompanhado por um serviço de seguimento especializado e estruturado, de modo a possibilitar identificação de alterações e realização de intervenções precoces, reduzindo prevalência e gravidade das sequelas e atrasos no crescimento e desenvolvimento (DOYLE et al., 2014; BOCKLY et al., 2014; GLASS et al., 2015; BARKEMEYER, 2015).

Sabe-se que o crescimento deve ser monitorado rigorosamente no primeiro ano de vida, garantindo uma nutrição cerebral ideal e reduzindo riscos de atrasos no neurodesenvolvimento (BARKEMEYER, 2015; HORBAR et al., 2015). A evolução ascendente do peso atual com o passar das consultas, assim como a do ganho de peso até a terceira consulta, nesta pesquisa, mostra a efetividade do Ambulatório de Seguimento em garantir um crescimento adequado do RNR, como também foi verificado em outro estudo (VIERA et al., 2013). E o ganho de peso só passa a cair por ser esperado, pois o aumento da

idade do lactente leva a ganhos de peso diário descendentes, o que pode ser constatado quando se nota a curva de peso do Cartão da Criança, a qual apresenta diminuição do grau de sua ascendência por volta dos 6 meses de idade pós-natal (BRASIL, 2002).

Com a estratificação realizada quanto ao ganho de peso da população estudada, foram ratificados fatores que o influenciaram, seja diretamente como peso atual, peso e idade gestacional de nascimento e dias até o retorno, seja inversamente como tempo de internação. Esta média de dias até o retorno é menor que 14 de uma consulta para outra, e até a 4^a consulta fica por volta desse valor, com o ganho de peso intervindo significativamente neste número. Assim, acredita-se que, pela vulnerabilidade e complexidade dos RNRs, não há possibilidade de um acompanhamento apropriado exclusivamente pela Atenção Básica, cujo calendário mínimo de consultas é até 15 dias, 1, 2, 3, 4, 6, 9 e 12 meses no primeiro ano de vida (BRASIL, 2002). Como visto neste estudo, a frequência deve ser, pelo menos, semanal ou quinzenal, mas principalmente de acordo com as necessidades do bebê e da família. Um exemplo disso é uma pesquisa que fala que a necessidade de monitorização do crescimento do prematuro deve ser semanal para garantir um acompanhamento adequado (SAMMY; CHEGE; OYIEKE, 2016).

A 1^a consulta no Ambulatório de Seguimento em estudo é em torno do 3^o ao 9^o dia após a alta, sendo que foi demonstrado que menos de 07 dias após a alta é o ideal por reduzir substancialmente readmissões, mesmo que menos que 14 dias também cause uma redução considerável (JACKSON et al., 2015).

Constatou-se, também, que a média de AME nessa 1^a consulta ficou em torno de 55% e a de aleitamento materno no geral acima de 85%. Poucos são os bebês que chegam ao ambulatório apenas em uso de fórmula infantil. Esta frequência de AME pode ser considerada adequada se a comparar com a encontrada em estudo italiano realizado com 2.948 sujeitos na alta da UTIN, que foi de 28%. Ainda mais se ponderar que as médias de idade gestacional e peso ao nascimento nesse estudo são maiores que as encontradas aqui (35 semanas x 33 semanas e 2.200g x 1.887g, respectivamente), e as de tempo de internação menores (16 dias x 35 dias) (DAVANZO et al., 2012). Porém, se a confrontar com uma coorte prospectiva de prematuros realizada no Nordeste do Brasil, a frequência está abaixo dos 56,2% encontrados na alta da enfermaria Canguru (MENEZES et al., 2014b). Há de se atentar que o Método Canguru esteve relacionado ao aumento do AME em outras pesquisas (BRIERE et al., 2014; AIRES et al., 2015).

Além disso, pôde-se perceber um aumento da frequência do AME da primeira para segunda consulta e desta para quarta, o que leva à plausível confirmação de que este

Ambulatório de Seguimento está promovendo e estimulando o AME e que este está inversamente relacionado à necessidade de mais consultas de seguimento neste primeiro momento. Uma pesquisa no Mato Grosso afirma que o percentual de morbidades nos RNRs vai diminuindo à medida que aumentam os meses de aleitamento materno exclusivo (MARTINS et al., 2014). Tanto que os dois pacientes que tiveram uma quinta consulta com a Enfermagem estavam em aleitamento misto. As dificuldades diante de preparo do leite artificial, mudanças de fórmula infantil e intolerância ao leite são descritas na literatura (SMITH et al., 2012) e quando se visualizam as orientações dadas neste estudo. E não se pode deixar de mencionar que nestas mesmas orientações, a frequência de retirada e/ou redução da fórmula infantil foi maior do que a entrada e/ou aumento desta. Mais uma ratificação de que o ambulatório serve ao propósito de promover e melhorar o aleitamento materno.

Contudo, mesmo a ANOVA ratificando uma diferença estatística do tipo de alimentação no ganho de peso, o teste Tukey não a confirmou, mostrando que o crescimento não foi alterado, conforme o que o bebê estava ingerindo. Esta informação também foi encontrada em outro estudo descritivo realizado com prematuros acompanhados em Ambulatório de Seguimento (VIERA et al., 2013).

Os dados de destino do paciente trazem a pressuposição de que como 11% dos RNRs atendidos possuem apenas a primeira consulta com a Enfermagem e já são encaminhados para a Atenção Básica, eles estão com crescimento e desenvolvimento adequados. E também é nesse momento que parte desses pacientes é encaminhado para acompanhamento em serviços de saúde especializados da rede, como Ambulatórios da Genética Clínica, da Cirurgia Pediátrica, de Infecções Congênitas e da Síndrome de Down.

Dos 521 bebês em que foram marcados retornos com a médica, apenas 206 retornaram para uma 2ª consulta com a Enfermagem, ou seja, mais da metade (n=315) já estava clinicamente estável e com os problemas que levaram à sua necessidade de retorno resolvidos. Assim, a resolutividade do ambulatório pôde ser verificada, da mesma forma que a importância da primeira consulta realizada com os enfermeiros. E como este número de retornos vai reduzindo consideravelmente, pode-se dizer quão efetivas também foram as demais consultas com enfermeiros.

Quanto à procedência, constatou-se que cerca de 38% dos bebês atendidos no ambulatório são de Estados vizinhos, como Goiás e Minas Gerais. Este fato pode levar a uma maior evasão deste acompanhamento, pois esta, por vezes, está relacionada à maior distância entre a residência e o local de seguimento (BALLANTYNE et al., 2013; AIRES et al., 2015).

Os diagnósticos médicos mais comuns presentes na população atendida são equivalentes a outros encontrados em seguimentos realizados por enfermeiros (VIERA et al., 2013). Especialmente quanto às últimas consultas, acredita-se que alguns destes podem até ser considerados como de risco para intercorrências pós-natais. São eles: prematuridade, PIG, icterícia, incompatibilidade, sepse, SDR, DMH, anemia, DMO, DBP, FOP, dilatação ventricular, enterorragia, desnutrição e hérnia inguinal, este último muito comum em prematuros (MCCOURT; GRIFFIN, 2000).

A maioria desses diagnósticos é encontrada em prematuros que nascem com menos de 1.500g, neuropatas e naqueles com maior tempo de internação (GLASS et al., 2015; BARKEMEYER, 2015; FARIA et al., 2014). E em alguns estudos estão presentes nos bebês crônicos egressos da UTIN (TAVARES et al., 2014) e nos que mais necessitaram de readmissões e reinternações (LUNDBERG et al., 2016; BARRETO; SILVA; MARCON, 2013; MARTINS et al., 2014). As condições neonatais como prematuridade, asfixia, infecções e hiperbilirrubinemia foram associadas a sequelas e à sobrevivência comprometida (BLENCOWE et al., 2013). Já a anemia deve ser monitorada e tratada com frequência por poder levar ao baixo ganho de peso e taquicardia persistente (BARKEMEYER, 2015). A incompatibilidade, icterícia, desnutrição e enterorragia possuíram maior necessidade de retornos para que seja verificada e garantida a reversibilidade destes problemas.

Além da anemia supracitada, alguns diagnósticos que tiveram significância estatística diante do ganho de peso como cardiopatias congênitas, DBP, DMO, apneia da prematuridade e síndromes genéticas, foram associados, em outras pesquisas, a diversas morbidades. Prematuros com doença crônica pulmonar podem ter um atraso na proficiência da alimentação oral (BARKEMEYER, 2015). Em estudo descritivo realizado com prematuros atendidos por enfermeiros em seguimento ambulatorial, diagnósticos de nascimento referentes à prematuridade extrema estiveram associados à perda de peso (VIERA et al., 2013). Um protocolo internacional para cuidado dos prematuros tardios afirma que pacientes com distúrbios respiratórios e cardíacos são mais suscetíveis a problemas de alimentação e, conseqüentemente, à falha no ganho de peso/crescimento (PHILLIPS et al., 2013). Já um estudo realizado no Paraná confirma que o baixo peso ao nascer adjunto à prematuridade, mãe com menos de 17 anos e a presença de anomalias congênitas foram os fatores de risco agregados às reinternações (que são inclusive mais longas que os lactentes sem estes aspectos) até os 3 meses de vida do RNR (BARRETO; SILVA; MARCON, 2013). E uma situação de doença, obviamente, pode alterar o crescimento, pois o ganho de peso é menor durante esta (VIERA et al., 2013).

Não foram encontrados estudos que evidenciem a influência significativa dos demais diagnósticos no crescimento do RN. A hemorragia pulmonar, hipertensão pulmonar, pneumotórax, atelectasia e eventração diafragmática são patologias do sistema respiratório que devem levar a um prejuízo da função pulmonar mais duradouro, influenciando no ganho de peso provavelmente pelas mesmas razões que a DBP. Soma-se isso ao fato das duas primeiras doenças supracitadas serem comuns em prematuros extremos. Já a dilatação ventricular, geralmente uma consequência de hemorragia intraventricular (AHN; SHIM; SUNG, 2015), e a hipoglicemia podem ter uma razão de comprometimento da alimentação/crescimento mais relacionado com uma possível lesão cerebral, já que atrasos na maturação cortical levam a crescimento pós-natal mais lento (VINALL et al., 2013). Além disso, todas essas patologias levam a um maior tempo de internação e, conseqüentemente, a menor velocidade de ganho de peso (HORBAR et al., 2015).

Ao observar os resultados referentes à evolução das frequências dos diagnósticos médicos que tiveram tendência de aumento entre os anos de 2013 e 2016, pode-se supor, simplesmente, que houve uma melhoria nas evoluções em prontuário dos profissionais envolvidos. Porém, podem ser realizadas algumas suposições quanto às razões desse aumento também. SDR, icterícia, sepse, DBP, hemorragia intraventricular (e até a dilatação ventricular que subiu nos últimos dois anos), hipertensão pulmonar, DMO e DHE são diagnósticos muito comuns nos prematuros extremos (GLASS et al., 2015; BARKEMEYER, 2015; FARIA et al., 2014). Podem, então, estar em ascensão pelo fato de estar havendo uma diminuição da IG e do peso de nascimento na população atendida no ambulatório, como foi visto acima.

As infecções congênitas estão em recrudescimento em algumas localidades (PEREIRA et al., 2015) e a microcefalia, especialmente a causada pelo ZIKA vírus, vem surgindo como uma nova epidemia desde 2015 (BRASIL, 2017). A mortalidade por asfixia ao nascer vem diminuindo nos últimos anos (BATISTA et al., 2010), o que justifica a presença cada vez mais significativa de bebês asfíxiados no Ambulatório de Seguimento. A APLV e o DRGE comportam-se de maneira inversa (enquanto a frequência de uma cai, a da outra sobe), possivelmente demonstrando que a alergia às proteínas do leite não vem sendo atribuída como principal etiologia do refluxo gastroesofágico (como pode ter ocorrido em 2015) e o quanto o diagnóstico diferencial dessas duas patologias pode ser complexo (FERREIRA et al., 2014).

Quanto aos diagnósticos que têm suas frequências em tendência de queda, torna-se necessário esclarecer que tanto os pacientes cirúrgicos como os com alterações no teste do pezinho têm sido encaminhados, nos últimos anos, apenas para acompanhamento com a CIPE e Genética Clínica, respectivamente, após a alta hospitalar. Muitos não são mais

encaminhados para consultas no Ambulatório de Seguimento. Porém, os demais estão diminuindo sem nenhuma razão aparente.

No DF, a mortalidade infantil por causas evitáveis diminuiu em todos os seus componentes, com exceção das ações por adequada atenção à mulher na gestação. Este progresso sinaliza uma maior efetividade do setor saúde e uma melhoria nas condições de vida da população em relação aos fatores socioeconômicos (BATISTA et al., 2010), o que justificaria a diminuição da frequência de alguns dos diagnósticos apontados. Entretanto, a redução de PIG e a desnutrição podem estar relacionadas a uma melhoria na assistência pré-natal brasileira, a qual ainda não foi detectada em publicações.

Nesta pesquisa foi constatada uma média de orientações/intervenções muito maior na 1ª consulta que nas outras realizadas pela Enfermagem. A 1ª consulta é sempre realizada pelas enfermeiras, salvo raríssimas exceções, e dura de 40 minutos a 1 hora e 30 minutos. Isto porque, somado ao exame físico completo e à avaliação do crescimento, desenvolvimento e aleitamento materno, são abordadas não só as queixas e dúvidas das mães, como também realizadas orientações relacionadas a outros aspectos do cuidado domiciliar (higiene, sono, limpeza da casa e roupas etc.). Nas consultas subsequentes, verifica-se apenas o conhecimento e prática da mãe quanto ao discutido anteriormente e direciona-se o que vai ser abordado para problemas e dificuldades que levaram ao retorno do bebê. Este perfil de operacionalização da consulta também foi observado em outros trabalhos (DOYLE et al., 2014; PHILLIPS et al., 2013; AIRES et al., 2015; AHMED; SANDS, 2010).

É também na primeira consulta que o vínculo dos pais e outros membros da família com o bebê é confirmado ou refutado e que se fortalecem os laços destes com o profissional que está atendendo. Este fato e a responsabilização conjunta são essenciais para o sucesso do seguimento (BRAGA; SENA, 2012; ADAMA; BAYES; SUNDIN, 2015; AIRES et al., 2015). E como a médica e enfermeiras que atendem no ambulatório trabalham em outros setores do hospital nos quais o bebê já esteve internado, este fortalecimento é facilitado. Pais tendem a ficar mais confortáveis se o profissional que atende após a alta é procedente de outro setor do hospital (LOPEZ; ANDERSON; FEUTCHINGER, 2012). E ainda, como pôde ser visto em uma metassíntese analisada, os pais tendem a confiar mais nos enfermeiros da UTIN para realizar orientações em domicílio (ADAMA; BAYES; SUNDIN, 2015).

As orientações mais comuns foram aquelas relacionadas à alimentação do bebê, corroborando alguns outros estudos que evidenciam que os maiores problemas e necessidades de supervisão são os de nutrição do RNR (BOCKLY et al., 2014; PHILLIPS et al., 2013; SMITH et al., 2012). E alguns apontam que as principais orientações realizadas foram

parecidas com as encontradas neste, tais como aleitamento, vacinas, medicações, higiene, limpeza de coto, uso de dieta especial (AIRES et al., 2015), banho de sol, preparo da fórmula infantil e medidas antirrefluxo (SASSÁ et al., 2011). Algumas pesquisas apontaram cuidados específicos pós-natais que poderiam melhorar a saúde e que igualmente foram fornecidos durante o seguimento do hospital de estudo, sendo eles o suporte ao AME e a higiene corporal e do coto umbilical (SALAM et al., 2014).

Todavia, com o passar das consultas, nota-se que outras orientações começam a aumentar em importância, tais como medidas antirrefluxo, anticólicas e para melhoria e segurança do sono, realização de banho de balde e soro nasal, ajuste de doses de medicações, encaminhamentos para pediatra no mesmo dia e para o posto e estímulo ao desenvolvimento. Considerando-se a razão pela qual essas orientações são realizadas, pode-se concluir que os problemas/dúvidas que podem levar à necessidade de mais retornos são aleitamento com a fórmula infantil, falha de crescimento, refluxo gastroesofágico, cólica, dificuldades para dormir, obstrução nasal, atraso no desenvolvimento e os que devem ser avaliados junto com a medicina (infecções como conjuntivite, otite e bronquiolite, sibilância etc.). Outros estudos também afirmam que os maiores problemas enfrentados após a alta são dificuldades de alimentação, falha de crescimento, morbidades respiratórias, anemia e sequelas de neurodesenvolvimento (BOCKLY et al., 2014; PHILLIPS et al., 2013; SMITH et al., 2012).

O encaminhamento para médica, realizado por enfermeiros no mesmo dia de atendimento, ficou em torno de 25%. As razões deste encaminhamento variaram, mas ficaram em torno da necessidade de avaliação de pacientes com intercorrências (respiratórias, problemas de pele etc.), de pedidos de exames e de entrada/retirada de medicamentos. Assim, a família não precisaria esperar a deterioração do quadro clínico ou uma próxima consulta para resolução destas questões. Isto evidencia que o acompanhamento do RNR por uma equipe multidisciplinar é muito melhor e mandatório para este e sua família, tanto do ponto de vista físico, como socioeconômico e emocional (BRAGA; SENA, 2012; PHILLIPS et al., 2013).

E essa compreensão multidisciplinar do cuidado é confirmada pela quantidade de encaminhamentos realizados pela enfermagem e pelo revezamento entre as consultas de enfermagem e médica já antes defendida (AIRES et al., 2015). Esta dinâmica de atendimento pode garantir uma assistência adequada aos RNRs, especialmente aos prematuros (BARKEMEYER, 2015) e até levar à diminuição das readmissões, durante o primeiro ano de vida (BOCKLY et al., 2014).

As alterações na evolução anual das frequências das orientações/intervenções realizadas pela enfermagem ao RNR podem também ter tido elevação por melhoria nas evoluções realizadas pelos enfermeiros, no prontuário eletrônico e no relatório de atendimento. Mas cabe explicar que, com o oftalmologista atendendo no mesmo horário que a Enfermagem, este encaminhamento foi facilitado. E desde que a coleta do teste do pezinho no DF foi transferida para as maternidades, e a triagem foi ampliada quanto ao número de doenças pela Lei nº 4190 de agosto de 2008, este procedimento aumentou muito em todo o hospital (DISTRITO FEDERAL, 2008).

Em relação às orientações com frequências tendendo à queda, salienta-se que o estímulo ao desenvolvimento bem como a avaliação deste têm sido realizados pela terapeuta ocupacional (TO), antes de todas as consultas. Esta avaliação também é realizada durante todas as consultas pelo enfermeiro e, quando o atraso é muito grande, as orientações realizadas pela TO são reforçadas. Antes da alta hospitalar, praticamente todos os RNRs têm feito o teste da orelhinha, e todos os RNs cirúrgicos têm sido encaminhados para a CIPE pelas residentes da própria especialidade. A melhoria do acesso ao setor saúde, das condições socioeconômicas no DF (BATISTA et al., 2010) e, possivelmente, da assistência pré-natal pode ser apontada como razão provável para diminuição da necessidade de orientar quanto a ações de higiene e limpeza de coto umbilical.

Já as orientações/intervenções com significância estatística para o bebê com baixo ganho de peso demonstram que problemas/dúvidas na alimentação continuam sendo um impedimento para o adequado ganho de peso. O motivo de encaminhamento para fonoaudióloga e de entrada e/ou aumento da fórmula infantil ocorrer mais para os RNRs com ganho ponderal insuficiente fica óbvio. Ressalta-se que, no ambulatório de estudo, o encaminhamento para fisioterapia só ocorre quando o paciente está ganhando peso adequadamente.

Porém, foi verificado que o estímulo ao uso do copo deverá ser reavaliado e reestudado. Uma revisão sistemática recente afirma não haver evidência suficiente para recomendar o uso do copo, principalmente em RNT. Isso porque os resultados dos estudos analisados (que foram de baixa qualidade) podem ter sido influenciados pela adesão insatisfatória de pais e profissionais de saúde ao uso do copo e pelas características dos RNs, como idade gestacional (FLINT; NEW; DAVIES, 2016).

As principais morbidades que os RNRs possuem de maior risco de aquisição poderiam ser impedidas com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (FARIA et al., 2014). Então, muitos trabalhos defendem a integração do Ambulatório de Seguimento com a

Atenção Primária como estratégia para garantir a continuidade da assistência ao RNR. Com a sistematização do cuidado, o treinamento profissional, a realização de ações programáticas e de protocolos e com o devido monitoramento dos resultados, torna-se possível o atendimento às reais necessidades das famílias desses bebês (BRAGA; SENA, 2012; SMITH et al., 2012; FARIA et al., 2014; AIRES et al., 2015; AIRES et al., 2017; KLOSSOSWSKI et al., 2016; SAMMY; CHEGE; OYIEKE, 2016).

Outras vantagens também foram apontadas quando se almeja uma integração de serviços, como o melhor custo-benefício, a maximização de recursos humanos já disponíveis, a redução da necessidade de múltiplas visitas, a prevenção de natimortos, a melhoria da prevenção e do cuidado e a salvação de vidas de mulheres, RN e crianças (WHO, 2012).

No Brasil, o ideal seria a integração realizada entre o hospital e o Programa de Saúde da Família, possibilitando otimização das visitas domiciliares, do aleitamento materno e da rede sociofamiliar de apoio e melhoria dos acompanhamentos necessários (imunizações, consultas especializadas etc.), do comprometimento das equipes na resolução de problemas e do atendimento a situações de risco (BRASIL, 2011a).

A visita domiciliar realizada por enfermeiros é apontada pela literatura como a ferramenta mais apropriada para garantir a continuidade da assistência ao RNR. É afirmada a importância da avaliação da família e bebê em seu contexto domiciliar, para melhor identificação de riscos, resolução precoce de problemas, individualização do cuidado e estabelecimento de vínculo com a comunidade (AIRES et al., 2015; LOPEZ; ANDERSON; FEUTCHINGER, 2012; SASSÁ et al., 2011; VIERA; MELLO, 2009).

As limitações deste estudo foram aquelas relacionadas à utilização de dados secundários de caráter retrospectivo para a coleta de dados, o que não só pode influenciar na qualidade desses, como impossibilitar seu aprofundamento. Assim, variáveis sociais como renda, ocupação e escolaridade da mãe não puderam ser resgatadas, impedindo um enriquecimento maior deste estudo. Porém, espera-se que o que foi aqui explicitado possa alavancar o interesse de novas e necessárias pesquisas na área, especialmente as prospectivas.

CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo foi possível analisar o perfil de um grande número de RNRs atendidos por enfermeiros em um Ambulatório de Seguimento de um hospital de referência para saúde materno-infantil do DF. Foi possível também identificar e descrever fatores que influenciam no crescimento do RNR após a alta, os tipos de alimentação predominantes nessa população e aspectos relacionados ao atendimento desta em um seguimento. E saber o que influencia no ganho de peso do RNR e o que esperar em uma consulta com ele e sua família, auxilia o profissional a se preparar intelectualmente e emocionalmente para melhor atender e trazer melhores resultados.

Esta análise proporcionou o conhecimento de que é possível a consulta de Enfermagem com esta população, com papéis bem delineados, e que este atendimento pode melhorar tanto o aleitamento materno exclusivo quanto o ganho ponderal. Por causa desses fatores, dentre outros explicitados, verificou-se que melhorar a qualidade e garantir a continuidade da assistência a bebês tão vulneráveis é alcançável e real.

Foi possível, também, ter uma ideia de como deve ser estruturado um seguimento ambulatorial, tendo como base, certamente, o atendimento multiprofissional. Cada um pode sim trabalhar dentro de sua área de formação, mas quando os diversos profissionais juntam esforços, conhecimentos e experiências, os maiores beneficiados são o bebê e sua família.

Dessa forma, mais do que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o Ambulatório de Seguimento tem a função de detectar e encaminhar para tratamento precocemente bebês com possíveis intercorrências, sequelas e incapacidades, promover o aleitamento materno, facilitar a adaptação familiar com a chegada de um novo membro, apoiar, alertar e auxiliar a família diante de suas dificuldades com empatia, sensibilidade e saber científico. A principal meta deve ser a de contribuir para que o RNR atinja o máximo de seu potencial, fornecendo cuidado individualizado de qualidade e baseado em uma visão compreensiva e complexa do desenvolvimento e em pesquisas.

A medida do sucesso de uma UTIN não deve ser a diminuição da taxa de mortalidade ou manutenção de baixas taxas, mas sim a qualidade de vida dos seus sobreviventes. E o Ambulatório de Seguimento consegue dar este tipo de *feedback* aos profissionais, possibilitando a racionalização dos problemas identificados e as formas de resolução destes. Com isso, há uma melhora também do cuidado intensivo, e todos os serviços de saúde

relacionados acabam unindo-se para garantir que os RNRs sejam membros produtivos e valiosos para a família e a sociedade.

Acredita-se que, para melhorar ainda mais a assistência de Enfermagem aos RNRs, deveria haver uma integração real do hospital com a Atenção Primária, preferencialmente na forma de visita domiciliar por enfermeiros e, pelo menos, durante o primeiro ano de vida do bebê, quando os riscos de morbidades são maiores. Os enfermeiros seriam ligados tanto às unidades neonatais hospitalares como ao Programa de Saúde da Família, reforçando seu papel e colaborando com a necessária referência e contrarreferência.

É necessário que mudanças urgentes sejam realizadas na forma de interação entre os serviços de saúde e a comunidade, almejando-se uma relação simbiótica e saudável entre os envolvidos. O enfermeiro capacitado e comprometido com a capacitação pode e deve auxiliar nesta transição, de modo que a integralidade do cuidado seja alcançada e que as famílias participem ativamente no seu processo terapêutico e na transformação positiva da sociedade.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ADAMA, E.A.; BAYES, S.; SUNDIN, D. Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from neonatal intensive care unit: a meta-synthesis of the literature. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 22, p. 27-51, 2016.

AHN, S.Y.; SHIM, S.; SUNG, I.K. Intraventricular hemorrhage and post hemorrhagic hydrocephalus among very-low-birth-weight infants in Korea. **J Korean Med Sci**, v. 30, p. 52-58, 2015.

AHNFELDT, A.M. et al. Age and weight at final discharge from an early discharge programme for stable but tube-fed preterm infants. **Acta Pædiatrica**, v. 104, p. 377-383, 2015.

AIRES, L.C.P. et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do Método Canguru. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. esp., p. 224-232, 2015.

_____ et al. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da atenção primária. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 2, 2017.

AHMED, A.H.; SANDS, L.P. Effect of pre- and postdischarge interventions on breastfeeding outcomes and weight gain among premature infants. **JOGNN**, v. 39, p. 53-63, 2010.

BALLANTYNE, M. et al. Maternal and infant predictors of attendance at neonatal follow-up programmes. **Child: care, health and development**, v. 40, n. 2, p. 250-258, 2013.

BANDO, D.H. et al. Tendências das taxas de mortalidade infantil e de seus componentes em Guarulhos-SP, no período de 1996 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 767-772, out./dez. 2014.

BARKEMEYER, B.M. Discharge planning. **Pediatr Clin N Am**, v. 62, p. 545-556, 2015.

BARRETO, M.S.; SILVA, R.L.D.T.; MARCON, S.S.. Morbidade em crianças menores de um ano consideradas de risco: estudo prospectivo. **Online Braz. J. Nurs. (Online)**, v. 12, n. 1, abr. 2013.

BATISTA, R.V. et al. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis: série histórica 1997-2006, Distrito Federal, **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 3, p. 201-210, 2010.

BLENCOWE, H. et al. Estimates of neonatal morbidities and disabilities at regional and global levels for 2010: introduction, methods overview, and relevant findings from the global burden of disease study. **Pediatric Research**, v. 74, n. S1, dec. 2013.

BOCLY, K. et al. Trends and challenges in United States neonatal intensive care units follow-up clinics. **Journal of Perinatology**, v. 34, p. 71-74, 2014.

BRAGA, P.P.; SENA, R.R.. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 975-80, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: Guia Para os Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b; v. 4.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria No 1.459 de 24 de Junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: < http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>. Acesso em 22 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRIERE, C.E. et al. An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. **JOGNN**, v. 43, n. 3, p. 272-281, 2014.

BRØDSGAARD, A.; ZIMMERMANN, R.; PETERSEN, M. A preterm lifeline: early discharge programme based on family-centred care. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v. 20, p. 232-243, 2015.

BRØDSGAARD, A; WAGNER, L. How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. **International Nursing Review**, v. 52, p. 196-203, 2005.

BROOTEN, D. et al. Functions of the CNS in early discharge and home follow-up of very low birthweight infants. **Clinical Nurse Specialist**, v. 16, n. 2, p. 85-90, 1991.

BRYANT-LUKOSIUS, D. et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 21, p. 763–781, 2015.

CARBONERO, S.C.; ALONSO, C.R.P. Seguimiento del prematuro/gran prematuro en atención primaria. **Rev. Pediatr Aten Primaria**, España, v. 11, n. 17, p. 443-450, 2009.

COLLINS, C.T.; MAKRIDES, M.; MCPHEE, A.J. Early discharge with home support of gavage feeding for stable preterm infants who have not established full oral feeds (review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, p. 1-27, 2015.

DAVANZO, R. et al. Breastfeeding at NICU discharge: a multicenter italian study. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 3, p. 374–380, 2012.

DEHKHODA, N. et al. The effect of an educational and supportive relactation program on weight gain of preterm infants. **Journal of Caring Sciences**, v. 2, n. 2, p. 97-103, 2013.

DISTRITO FEDERAL. Lei nº 4190 de agosto de 2008. Assegura a todas as crianças nascidas nos hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes da rede pública de saúde do Distrito Federal o direito ao teste de triagem neonatal, na sua modalidade ampliada. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, DF, 18 ago. 2008. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=58301>. Acesso em 02 mai. 2017.

DOYLE, L.W. et al. Long term follow up of high risk children: who, why and how? **BMC Pediatrics**, v. 14, n. 279, 2014.

FARIA, C.S. et al. Morbilidad y mortalidad entre recién nacidos de riesgo: una revisión bibliográfica. **Enfermería Global**, n. 36, p. 298-309, 2014.

FERREIRA, C.T. et al. Gastroesophageal reflux disease: exaggerations, evidence and clinical practice. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 2, p. 105-118, 2014.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLINT, A; NEW, K.; DAVIES, M.W. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed (review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 8, 2016.

FRÔNIO, J.S. et al. Análise da evasão em serviço de follow-up de recém-nascidos de alto risco. **HU Revista**, v. 35, n. 3, p. 219-226, jul./set. 2009.

GLASS, H.C. et al. Outcomes for extremely premature infants. **Anesthesia & Analgesia**, v. 120, n. 6, p. 1337-1351, jun. 2015.

GRUNEWALDT, K.H. et al. Follow-up at age 10 years in ELBW children – functional outcome, brain morphology and results from motor assessments in infancy. **Early Human Development**, v. 90, p. 571-578, 2014.

HORBAR, J.D. et al. Weight growth velocity and postnatal growth failure in infants 501 to 1500 grams: 2000–2013. **Pediatrics**, v. 136, n. 1, jul. 2015.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

JACKSON, C. et al. Timeliness of outpatient follow-up: an evidence-based approach for planning after hospital discharge. **Ann Fam Med**, v. 13, p. 115-122, 2015.

KATTULA, D. et al. The first 1000 days of life: prenatal and postnatal risk factors for morbidity and growth in a birth cohort in southern India. **MJ Open**, v. 4, e. 005404, 2014.

KLOSSOSWSKI, D.G. et al. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 137-150, jan./fev. 2016.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup: p.192-207, 2014.

LINDEKE, L.L. et al. Health, growth, and use of community services in NICU graduates at early school age. **J Pediatr Health Care**, v. 12, n. 6, p. 299-304, nov./dec. 1998.

LOPEZ, G.L.; ANDERSON, K.H.; FEUTCHINGER, J. Transition of premature infants from hospital to home life. **Neonatal Netw.**, v. 31, n. 4, p. 207-214, 2012.

LUNDBERG, B. et al. Hospital-assisted home care after early discharge from a Swedish neonatal intensive care unit was safe and readmissions were rare. **Acta Pædiatrica**, v. 105, p. 895-901, 2016.

LUNDEQUIST, A et al. Cognitive outcome varies in adolescents born preterm, depending on gestational age, intrauterine growth and neonatal complications. **Acta Pædiatrica**, v. 104, p. 292-299, 2015.

MARANHÃO, A.G.K. et al. **Mortalidade infantil no Brasil**: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, p. 163-82, 2012. □

MARGOTTO, P.R. **Assistência ao recém-nascido de risco**. 3. ed. Brasília: Paulo Margotto, 2013. p. 410-413.

MARTINS, C.B.G. et al. Perfil de morbimortalidade de recém-nascido de risco. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 1, p. 109-115, jan./mar. 2014.

MATHEWS, T.J.; MACDORMAN, M.F.; THOMA, M.E. Infant mortality statistics from the 2013 period linked birth/infant death data set. **National Vital Statistics Reports**, v. 64, n. 9, aug. 2015.

MELLO, D.F. et al. O cuidado da enfermagem no seguimento de crianças pré-termo e de baixo peso ao nascer. **Rev. Bras. Cres. e Desenv. Hum**, v. 10, n. 1, p. 49-58, 2000.

MENEZES, S.T. et al. Classificação das mortes infantis em Belo Horizonte: utilização da lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 14, n. 2, p. 137-145, abr./jun. 2014a.

MENEZES, M.A.S. et al. Preterm newborns at kangaroo mother care: a cohort follow-up from birth to six months. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, n. 2, p. 171-177, 2014b.

MCCOURT, M.F.; GRIFFIN, C. M. Comprehensive primary care follow-up for premature infants. **J Pediatr Health Care**, v. 14, p. 270-279, 2000.

MIRÓ, R.A. et al. Evolución del peso del prematuro con alta precoz y atención domiciliaria de enfermería. **An Pediatr**, Barcelona, v. 81, p. 352-359, 2014.

MOORE, P.D. et al. Use of home visit and developmental clinic services by high risk mexican-american and white non-hispanic infants. **Matern Child Health J.**, v. 9, n. 1, p. 35-47, mar. 2005.

NATIONAL ASSOCIATION OF NEONATAL NURSES (NANN). **Baby steps to home: a guide to prepare NICU parents for home.** Chicago: NANN, 2014.

NASCIMENTO, S.G. et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 208-12, mar./abr. 2014.

OLDS, D. et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. **JAMA**, v. 280, n. 14, p. 1238–1244, oct. 1998.

OLDS, D.L. et al. Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. **JAMA Pediatr.**, v. 168, n. 9, p. 800–806, 2014.

ÖRTENSTRAND, A. et al. Early discharge of preterm infants followed by domiciliary nursing care: parents' anxiety, assessment of infant health and breastfeeding. **Acta Pædiatrica**, v. 90, p. 1190–1195, 2001.

ÖRTENSTRAND, A.; WALDENSTRÖM, U.; WINBLADH, B. Early discharge of preterm infants needing limited special care, followed by domiciliary nursing care. **Acta Pædiatrica**, v. 88, p. 1024-1030, 1999.

PETITGOUT, J.M. et al. Development of a hospital-based care coordination program for children with special health care needs. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 26, n. 6, p. 419-425, 2013.

PEREIRA, D.A.P. et al. Infecção congênita em pacientes matriculados em programa de referência materno infantil. **Revista Paraense de Medicina**, v. 29, n. 1, p. 31-38, 2015.

PHILLIPS, R.M. et al. Multidisciplinary guidelines for the care of late preterm infants. **Journal of Perinatology**, v. 33, p. 5-22, 2013.

RASOOLY, M.H. et al. Success in reducing maternal and child mortality in Afghanistan. **Global Public Health**, v. 9, n. S1, p. 29-42, 2014.

SALAM, R.A. et al. Essential childbirth and postnatal interventions for improved maternal and neonatal health. **Reproductive Health**, v. 11, S1:S3, 2014.

SAMMY, D.M.; CHEGE, M.N.; OYIEKE, J. Early growth in preterm infants after hospital discharge in rural Kenya: longitudinal study. **Pan African Medical Journal**, v. 24, n. 158, 2016.

SASSÁ, A.H. et al. Visitas Domiciliares com instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 4, p. 713-721, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SESDF). **Regional de Saúde da Asa Sul, HMIB - Hospital Materno Infantil de Brasília**, 2015. Disponível

em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/264-regional-de-saude-da-asa-sul.html>>. Acesso em 10 fev. 2016.

SILVA, C.F. et al. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascido de alto risco: estudo multicêntrico em unidades neonatais de alto risco no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 355-368, fev. 2014.

SMITH, V.C. et al. Neonatal intensive care unit preparedness primary care implications. **Clinical Pediatrics**, v. 51, n. 5, p. 454-461, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Neonatologia. **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. 1. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

SPITTLE, A.J. et al. Early developmental intervention programs post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants (review). **Evidence-Based Child Health**, v. 3, p. 145-206, 2008. Disponível em <<http://www.interscience.wiley.com>>. Acesso em 12 fev. 2016.

TAVARES, T.S. et al. Caracterização do perfil de crianças egressas de unidade neonatal com condição crônica. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 3, n. 4, p. 1322-1335, set./dez. 2014.

VASQUEZ, E.P.; PITTS, K.; MEJIA, N.E. A model program: neonatal nurse practitioners providing community health care for high-risk infants. **Neonatal Network**, v. 27, n. 3, p. 163-169, 2008.

VIERA, C.S. et al. Seguimento do pré-termo no primeiro ano de vida após alta hospitalar: avaliando o crescimento ponderoestatural. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 2, p. 407-415, abr./jun. 2013.

VIERA, C.S.; MELLO, D.F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-82, jan./mar. 2009.

VINALL, J. et al. Slower postnatal growth is associated with delayed cerebral cortical maturation in preterm newborns. **Sci Transl Med**, v. 16, n. 5, jan. 2013.

WHO. **Health in 2015: from MDGs to SDGs**. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>>. Acesso em: 01 jan. 2016.

_____. **Recommendations on postnatal care of the mother and newborn**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/>. Acesso em: 01 jan. 2016.

_____. **Born too soon: the global action report on preterm birth**. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2016.

WILLIS, V. Parenting preemies: a unique program for family support and education after NICU discharge. **Advances in Neonatal Care**, v. 8, n. 4, p. 221-230, 2008.

ZADOROZNYJ, M. et al. A qualitative study of pharmacy nurse providers of community based post-birth care in Queensland, Australia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, n.144, p. 1-10, 2013.

ZANI, A.V.; TONETE, V.L.P.; PARADA, C.G.L. Cuidados a recém-nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1347-56, mai. 2014.

APÊNDICE A

ANO/ PAÍS	AUTORES	NOME DO ESTUDO	DESENHO	OBJETIVOS	PAPEL DO ENFERMEIRO	RESULTADOS/ CONCLUSÕES
2016 Suíça	Bjorn Lundberg, Carl Lindgren, Charlotte Palme- Kilander, Annica Ortenstrand, Anna-Karin Edstedt Bonamy, Ihsan Sarman		Caso- Controle Retrospectivo	Avaliar a segurança de um programa de alta precoce com assistência hospitalar domiciliar e investigar preditores e razões para readmissões	-Fornecer informação e educação, inclusive de ressuscitação antes da alta -Visita domiciliar diária ou semanal: avaliação e cuidado direto ao bebê, orientações aos pais quanto ao comportamento deste e suporte aos pais -Suporte por telefone -Planejamento do seguimento junto com o médico	O programa mostrou-se seguro e a prematuridade extrema foi o único preditor de readmissão. Enfermeiras aumentaram a confiança dos pais e suas habilidades de interagir com o bebê, levando a efeitos positivos na saúde.
2016 Austrália	Esther Abena Adama, Sara Bayes, Deborah Sundin		Metassíntese	Conhecer a experiência dos pais de prematuros em casa após a alta da UTIN	-Suporte emocional e técnico e comunicação terapêutica -Orientações durante grupos de suporte	Enfermeiras neonatais devem iniciar o processo de suporte aos pais enquanto bebês ainda na UTIN e continuar após alta. Suporte das enfermeiras aumenta confiança e reduz ansiedade dos pais.
2015 Austrália	Carmel T Collins, Maria Makrides, Andrew J McPhee		Revisão sistemática	Determinar efeitos da política de alta precoce de prematuros estáveis com suporte domiciliar de dieta enteral comparado com	-Visitas domiciliares -Suporte por telefone	Baixa qualidade dos ensaios Tempo de internação e risco de infecções durante acompanhamento da dieta enteral foi menor no grupo de alta precoce.

			alta após atingir alimentação oral plena		
2015 Canadá	Denise Bryant- Lukosius, Nancy Carter, Kim Reid, Faith Donald, Ruth Martin- Misener, Kelley Kilpatrick, Patricia Harbman, Sharon Kaasalainen, Deborah Marshall, Renee Charbonneau- Smith, Alba DiCenso	Revisão sistemática	Condensar resultados específicos quanto à eficácia clínica e financeira do cuidado de transição fornecido por enfermeiros	-Planejamento de alta -Coordenação do cuidado -Educação ao paciente -Intervenções como revisão de medicamentos, encaminhamentos para outros serviços e profissionais, aconselhamento, suporte emocional e orientações quanto à habilidades de auto-cuidado -Cuidado pós-natal por visita domiciliar, suporte por telefone e serviços de plantões por semanas	-Cuidado dos enfermeiros aumentou taxa de imunização e satisfação, reduziu mortalidade -Enfermeiros no cuidado de transição têm o potencial de reduzir uso de serviços de emergência e custos por diminuição do tempo de internação e das reinternações, enquanto mantém ou melhora a saúde e a satisfação.
2015 Dinamarca	Anne Brødsgaard, Renathe Zimmermann, Mette Petersen	Longitudinal e qualitativo	Apresentar o modelo de programa de alta precoce baseada no cuidado centrado na família com prematuros seu impacto nos bebês e famílias	-Visita domiciliar duas vezes por semana: suporte às interações entre bebê e pais, discussão de dúvidas, compartilhamento de informações, negociação de um planejamento para nutrição -Garantir seguimento de informações clínicas	Pais satisfeitos com ajuda e suporte que receberam dos enfermeiros, assim como por sua disponibilidade. Relacionamento terapêutico visto como parceria entre pais e enfermeiros. Alta precoce com suporte do enfermeiro permite que o bebê não precise ficar hospitalizado.

2015 Dinamarca	AM Ahnfeldt, H Stanchev, HL Jørgensen, G Greisen	Caso-controle	Avaliar um programa de alta precoce, atentando para o bem-estar dos bebês, usando como resultados ganho de peso, taxas de aleitamento e duração da hospitalização	-Treinamento dos pais antes da alta (passagem de sonda e suporte de vida) -Visitas domiciliares de 1 a 2 vezes por semana: monitorização do crescimento e orientações aos pais sobre o cuidado do bebê -Suporte por telefone	Não houve diferença significativa nos grupos quanto ao ganho de peso e tempo de internação, mas as taxas de aleitamento materno no grupo de alta precoce foi maior.
2014 Espanha	R. Álvarez Miró, M.T. Lluch Canut, J. Figueras Aloy, M.T. Esqué Ruiz, L. Arroyo Gili, J. Bella Rodríguez y X. Carbonell Estrany	Caso-controle	Demonstrar que o cuidado de enfermagem ao prematuro em domicílio leva a um aumento do peso e morbidade semelhante	-Visita domiciliar -Educação aos pais quanto ao programa, características dos RN, idade corrigida, aleitamento materno, método canguru. -Suporte por telefone	Ganho de peso no grupo com cuidado de enfermagem domiciliar maior que no controle, morbidades semelhantes.
2014 Estados Unidos	David L. Olds, Harriet Kitzman, Michael D. Knudtson, Elizabeth Anson, Joyce A. Smith, Robert Cole	Ensaio Clínico Randomizado	Determinar o efeito da visita domiciliar do enfermeiro durante pré e pós-natal na mortalidade materna e infantil em duas décadas	-Visitas domiciliares desde a gravidez até os dois anos de idade da criança -Suporte aos cuidadores para melhor cuidar de seus filhos e ao cuidado regulado e responsável; orientações quanto ao sono seguro.	Visitas domiciliares dos enfermeiros no pré-natal e às crianças reduziu mortalidade materna por todas as causas e a mortalidade infantil por causas preveníveis.

2013 Estados Unidos	Janine M. Petitgout, Daniel E. Pelzer, Stacy A. McConkey, Kirsten Hanrahan		Relato de experiência	Descrever o desenvolvimento de um programa de cuidado coordenado interprofissional com base hospitalar para crianças que necessitam de cuidados especiais	-Encaminhamento para o programa -Coordenação do cuidado: integra necessidades de cuidados e da família com recursos humanos e materiais necessários	Impacto em tempo de internação e custos, maior satisfação dos cuidadores.
2013 Austrália	Maria Zadoroznyj, Wendy Brodribb, Lauren Falconer, Lauren Pearce, Casey Northam and Sue Kruske		Qualitativo	Explorar experiências e perspectivas de enfermeiros de farmácia e práticas gerais que proporcionam serviços de saúde materno-infantil	-Suporte à mãe em suas decisões, não só estimular AME -Continuidade ao cuidado -Suporte prático e emocional; vigilância à saúde dos bebês, empoderando pais; medidas antropométricas -Dificuldades de encaminhamento	Serviços providos por enfermeiras de farmácia preenchem lacunas presentes no serviço público no cuidado materno e do bebê; o acesso é facilitado pela localização das clínicas e não necessidade de agendamento.
2013 Brasil	Claudia Silveira Viera, Raquel Rech, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira, Maristela Salette Maraschin		Quantitativo, descritivo e retrospectivo	Descrever padrão de crescimento dos prematuros acompanhados no ambulatório de enfermagem durante o primeiro ano de	-Avaliação e promoção do crescimento	Prematuros tem risco maior de falha no crescimento, devendo ser monitorizados rigorosamente.

			vida após a alta hospitalar		
2012 Estados Unidos	Vincent C. Smith, Dmitry Dukhovny, John A. F. Zupancic, Heidi B. Gates, DeWayne M. Pursley	Prospectivo	Investigar resultados específicos e problemas para famílias após a alta da UTIN	-Avaliação do preparo da família para alta, assim como orientações para tal -Visita domiciliar -Orientações aos pais	Famílias devem sempre receber orientações práticas de cuidado com o bebê e sobre o reconhecimento de doenças, recebendo material escrito suplementar.
2008 Estados Unidos	AJ Spittle, J Orton, LW Doyle, R Boyd	Revisão sistemática	Rever a eficácia de intervenção no desenvolvimento motor e cognitivo de prematuros após a alta hospitalar	-Orientar pais sobre o desenvolvimento e seus marcos -Educação precoce e estímulo à relação pais-bebê -Visitas domiciliares	Resultados cognitivos melhoraram com uso de intervenção e os motores não tiveram significância. Intervenções focadas no vínculo e no desenvolvimento tem maior impacto no cognitivo
2008 Estados Unidos	Elias Provencio Vasquez; Kathleen Pitts; Nilson Enrique Mejia	Relato de experiência	Descrever os 4 primeiros anos de um programa de intervenção familiar criado e realizado por enfermeiros práticos para lactentes de alto risco (expostos à álcool e drogas na gravidez) e suas mães	-Visitas domiciliares semanais no 1º mês de vida e mensais no 1º ano: acesso à dinâmica familiar, vínculo, saúde, crescimento e desenvolvimento dos bebês, suporte aos comportamentos dos bebês, necessidades de intervenção, seguimento e referenciamento -Orientações aos pais sobre nutrição do bebê -Aconselhar pais em	Os enfermeiros servem como modelos e recursos para mãe ao providenciar informação dos padrões físicos, de desenvolvimento, emocionais, de alimentação/eliminação e de sono/vigília do bebê e da importância das consultas, vacinas e relações com redes de suporte comunitário.

problemas para otimizar culturalmente as práticas de cuidado
-Oferecer recomendações e evolução por escrito e manejo do cuidado a cada visita
-Desenvolver e oferecer workshops educacionais quanto à saúde, crescimento e desenvolvimento do bebê

2008 Estados Unidos	Valerie Willis	Relato de experiência	Apresentar o programa Parenting Preemies que objetiva facilitar a transição dos egressos da UTIN do hospital para casa	-Coordenação do programa e facilitador durante os grupos de suporte -Visita domiciliar -Avaliação física e do vínculo pais-bebê, da alimentação, ganho de peso, comportamento e padrões de movimentação -Estímulo ao AME e introdução de fórmula infantil, se necessário -Fornecimento de educação e grupos de suporte -Suporte por telefone -Fornecimento de material escrito selecionado da literatura -Provimento de recursos e encaminhamentos apropriados	Participantes mostram-se satisfeitos com o programa Uso da prevenção primária por meio da promoção da saúde como estratégia para reduzir morbimortalidade, taxas de readmissões hospitalares e incidência de abuso infantil.
--	----------------	-----------------------	--	---	---

2005 Dinamarca	A. Broedsgaard, L. Wagner	Descritivo, não- experimental e qualitativo	Apresentar as experiências dos pais de prematuros com programa de intervenção que facilita a transição do hospital para casa.	-Coordenação dentro da unidade neonatal do fornecimento de conhecimento, suporte, orientações aos pais -Coordenação de contato com o profissional da saúde primária com experiência em cuidado neonatal -Fornecimento de grupos de suporte e informações escritas durante internação e após alta	Pais afirmaram que as intervenções e o coordenador contribuíram para aumentar sua confiança e atender suas necessidades e forneceram suporte; havia harmonia entre as informações fornecidas no hospital e em casa Houve clara melhoria da qualidade do cuidado.
2005 Estados Unidos	PD Moore, RC Bay, H Balcazar, DV Coonrod, J Brady, R Russ	Estudo de base populacional, retrospectivo	Investigar se os nascidos de descendentes mexicanos participantes do Programa de Cuidados Intensivos ao RN receberam serviços de seguimento em taxas similares aos bebês não-hispânicos	Enfermeira de saúde da comunidade realizava visitas domiciliares após a alta (no mínimo 3 visitas no primeiro ano de vida): avaliação do próprio domicílio e do bebê, triagem de desenvolvimento, orientações aos pais e encaminhamentos a outros serviços	Não houve diferenças no seguimento de não-hispânicos e descendentes mexicanos O programa enfatiza promoção, prevenção, avaliação e intervenção precoce aos RNR após a alta. As intervenções dos enfermeiros foram associados a um maior uso das clínicas de desenvolvimento, dando ao bebê uma oportunidade de melhorar seus resultados de saúde.
2001 Suécia	A Örténstrand, B Winbladh, G Nordström, U Waldenström	Caso-controle	Avaliar o efeito da alta precoce de prematuros seguida de cuidado de	-Realização de plano de alta e cuidado individual com os pais ainda na internação -Orientações aos pais quanto à temperatura,	Grupo da alta precoce com mães menos ansiosas e pais percebendo seus bebês como mais saudáveis.

			enfermagem domiciliar	comportamento, alimentação, colo, banho, proteção da pele, sinais de doença e preparo para situações de emergência -Visita domiciliar ligada à neonatologia	
2000 Brasil	Débora F. Mello, Semiramis M. M. Rocha, Carmem^I G. S. Scochi, Regina A. G. Lima	Qualitativo	Identificar os cuidados domiciliares prestados ao prematuro e baixo peso, caracterizando o seguimento no primeiro mês após a alta hospitalar	-Visitas domiciliares semanais: exame físico das crianças, auxílio e orientação quanto a noções básicas de higiene, desorganização do ambiente, medidas de prevenção, observação e sinais e sintomas na criança -Suporte aos cuidados básicos como alimentação, terapêutica, vestuário e conforto e ao envolvimento emocional/interação	Cuidado de enfermagem domiciliar permite a construção de uma nova visão do cuidado. Há necessidade de integração entre hospitais e atenção primária.
1999 Suécia	A Örténstrand, U Waldenström, B Winbladh	Ensaio clínico	Investigar efeitos da alta precoce de prematuros seguida de cuidado de enfermagem domiciliar, comparando-a com o cuidado neonatal hospitalar padrão	-Visita domiciliar marcada ou não com suporte hospitalar -Suporte por telefone	Grupo de alta precoce com menor incidência de infecção respiratória, sem diferenças de reinternações no primeiro ano após a alta O programa é seguro com o adequado suporte.

1998 Estados Unidos	LL Lindeke, MM Mills, MK Georgieff, ME Tanner, PM Wrbsky	Descritivo	Inspeccionar a saúde, status educacional e uso de serviços da comunidade de crianças entre 6 e 8 anos egressas da UTIN	-Obter histórico dos pacientes -Identificar fatores de risco que possam levar ao uso de serviços especiais -Estimular comparecimento às consultas e antecipar informações aos pais -Compartilhar informações e planejar a saúde com escolas e outros serviços -Suporte às famílias de crianças com necessidades especiais com manejo holístico e cuidado coordenado, promovendo ótimo crescimento e desenvolvimento	Os enfermeiros garantem que os serviços da comunidade estejam disponíveis e que as crianças sejam localizadas quando necessário para sofrerem as intervenções necessárias.
1998 Estados Unidos	D Olds, CR Henderson Jr, R Cole, J Eckenrode, H Kitzman, D Luckey, L Pettitt, K Sidora, P Morris, J Powers	Ensaio clínico randomizado	Examinar efeitos a longo-prazo (15 anos) de um programa de visita domiciliar de enfermeiros a crianças com comportamentos criminais e antissociais	-Visita domiciliar desde o pré-natal até o segundo ano de vida da criança em um dos grupos: estímulo de comportamentos positivos de saúde, cuidado competente da criança e desenvolvimento pessoal -Ligavam as famílias com as necessidades de saúde e serviços -Suporte à rede social	Este programa pôde reduzir comportamentos antissociais sérios: adolescentes que receberam visita domiciliar tiveram menos fugas, prisões, condenações, violação de condicional, menos parceiros sexuais e problemas com álcool e drogas (segundo os pais).

1991 Estados Unidos	Dorothy Brooten, Susan Gennaro, Helen Knapp, Nancy Jovene, Linda Brown, Ruth York	Ensaio clínico randomizado	Determinar as funções dos enfermeiros especialistas provendo cuidado direto ao bebês de muito baixo peso antes e depois da alta; reportar a interação dos enfermeiros com 36 famílias cujos bebês tiveram alta precoce e que receberam plano de alta; estudo e seguimento domiciliar por 18 meses	-Contato com a família durante a internação auxiliando interação com bebê e ensinando cuidados e manuseio até alta; -Visita domiciliar uma semana antes da alta pra avaliar adequação -Visita domiciliar após alta, 1ª semana e com 1, 9, 12 e 18 meses: exame físico, triagem de desenvolvimento, confirmação de comparecimento às consultas, habilidade de enfrentamento dos pais, instrução e aconselhamento em relação ao cuidado e estimulação do bebê -Suporte por telefone até 8 semanas após alta	Foram determinadas 6853 funções dos enfermeiros, divididas em avaliação (69%, saúde, crescimento e desenvolvimento do bebê, necessidades sociais, medicações, cuidados ao RN, prevenção, interações, segurança) e intervenção (orientações com prática quanto aos cuidados com RN, seu crescimento, desenvolvimento, acompanhamentos e medicamentos, encaminhamentos, planejamento familiar).
--	---	----------------------------------	---	--	--

APÊNDICE B

NOME DA ORIENTAÇÃO/ INTERVENÇÃO ¹	DEFINIÇÃO E PROCEDIMENTOS RELACIONADOS
Aleitamento materno	Orientações quanto ao manejo (frequência, revezamento de mamas...) e benefícios/vantagens do aleitamento materno, principalmente econômicas e na prevenção de doenças.
Correção de posição e pega	Mãe coloca o bebê no seio e são discutidas posições e pega adequadas.
Leite posterior	Explicados os dois tipos de leite que são produzidos e estimulado a mãe a ordenhar a primeira porção do leite, separar e oferecer o seio. Depois, verificar se o bebê aceita o leite ordenhado.
Translactação	É ensinado à mãe/família como fazer a translactação ou estimulada sua realização em domicílio.
Preparo de fórmula	A mãe informa como vem diluindo a fórmula e são realizadas as devidas correções, seja em relação à quantidade de pó, à temperatura da água ou à higiene da mamadeira/chuça.
Retirada ou diminuição de fórmula	Geralmente, de acordo com o ganho de peso ou caso haja necessidade de correção de pega, diminui-se ou a quantidade ou a frequência de fornecimento de complemento ou os dois.
Entrada ou aumento de de fórmula	Também de acordo com ganho de peso e peso atual do bebê, entra-se ou aumenta-se a quantidade e/ou frequência do fornecimento de fórmula infantil.
Troca de fórmula	Fórmula é alterada dependendo das queixas das mães/familiares (constipação, DRGE, sangramento nas fezes, falta de condições financeiras).
Retirada de bicos	São orientadas quanto à necessidade de retirada de bicos como mamadeira e chupetas, especialmente se o bebê já estiver mostrando sinais de confusão de bicos.
Copo	É orientado como utilizar o copo; muito comum quando o bebê precisa fazer uso de complemento do próprio seio ou por leite artificial.
Banho de sol	Orientados todos os aspectos relacionados ao banho de sol: frequência, horário ideal, duração, ausência de roupas, colocar o bebê em local com paredes altas para proteger contra correntes de ar e levá-lo enrolado, retirando o pano aos poucos.
Medidas anti-refluxo	Elevação da cabeceira do berço a 30°, troca de fraldas sem levantar MMII, não trocar fraldas logo após dieta e colocar o bebê em posição vertical por 20 a 30 minutos após mamada. Sempre explica-se o que é o refluxo antes das orientações.
Medidas anticólica	Pede-se para a mãe observar sua alimentação para ver se algo que ela come piora a cólica do bebê, ensina-se a forma de fazer massagens abdominais, “bicicletinha”, compressa morna e uso do pele a pele. Aconselha-se o banho de balde no final da tarde, início da noite.
Banho de balde	Mostram-se fotos de como realizar o banho de balde adequadamente, horários ideais e vantagens para acalmar o bebê, reduzir cólicas e auxiliar no estabelecimento de rotina antes de colocar o bebê para dormir.
Vacinação	Após conferência do cartão de vacina, orienta-se a família para atualizá-lo e a importância disso. Se a mãe for alfabetizada, neste momento, também informamos o quanto o cartão possui informações interessantes que devem ser lidas.
Estímulo ao desenvolvimento	É mostrado à família como ela pode estimular o desenvolvimento do seu bebê, seja colocando-o de ventral quando este estiver acordado, colocando objetos coloridos e barulhentos na sua frente etc.

Coleta de teste do pezinho e exames	São coletadas 2ª ou 3ª amostra do teste do pezinho, de acordo com necessidade verificada no cartão; exames são colhidos quando observada anemia importante ao exame físico ou quando há sinais de infecção.
Medidas de segurança e conforto no sono	Orientadas posições para dormir, evitando-se a ventral pelo risco de morte súbita, o não uso de travesseiros e mantas/cobertores, o estabelecimento de uma rotina antes de dormir, como ensinar o bebê quando é dia ou noite e não colocá-lo pra dormir na cama dos pais.
Assaduras	Aumentar a frequência das trocas de fraldas, retornar pra marca anterior caso tenha havido mudança nesta, uso de pomadas para tratamento e banho de sol.
Higiene corporal	Discute-se como realizar o banho e os produtos de limpeza indicados, caso encontrados sinais de higiene inadequada.
Limpeza de coto	É orientada e demonstrada a limpeza adequada com álcool 70%, pedindo-se pra mãe/familiar fazer também a limpeza se verificadas sujidades na região.
Higiene oral	Após exame da região oral, demonstrado como realizar limpeza local e quando.
Soro nasal	Após exame ou se mãe queixa-se de obstrução nasal, indicado o uso de soro fisiológico nasal antes das mamadas, 0,5ml em cada narina, com bebê sentado ou semi-sentado.
Higiene ocular	Por presença de sujidades ou conjuntivite, indica-se a limpeza antes das mamadas e/ou antes da administração do colírio, mostrando-se como realizar (direção correta da limpeza).
Medidas ambientais	Após exame ou se mãe queixa-se de obstrução nasal, manchas na pele, espirros ou irritação nos olhos, orientado retirada de tapetes e cortinas dos locais que o bebê fica, não varrer a casa quando ele estiver, produtos para lavar roupas e roupas de cama utilizadas por ele.
Encaminhamento para posto	O acompanhamento no ambulatório de seguimento tem que ser concomitante com o da Atenção Primária. Então, todos os bebês são encaminhado para realizar acompanhamento no posto/centro de saúde mais próximo de sua casa. A alta do ambulatório só ocorre se já houver acompanhamento no posto.
Encaminhamento para Médica	Se identificadas alterações no exame físico indicativos de necessidade de entrar com medicações ou realizar exames (anemia importante, alterações respiratórias, indicação de entrada de ferro oral, polivitamínicos ou outras medicações protocoladas), estes são realizados no mesmo dia.
Encaminhamento para CRIE	Caso bebê entre nos critérios de inclusão do manual de Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais para receber as vacinas especiais e/ou palivizumabe.
Encaminhamento para Fundoscopia, Ecografia Transfontanelar, Cardiologia Pediátrica ou Ecocardiograma, Neurologia Clínica, Neurocirurgia, Estimulação Precoce, Fisioterapia, Teste da Orelhinha/BERA, Infectologia, Cirurgia Pediátrica, Dermatologia, Genética, Pneumologia	Caso verificada indicação conformes protocolos já estabelecidos ou se verificadas alterações ao exame físico. Se alterado o exame, o encaminhamento é discutido em equipe.

Encaminhamento para Pronto Socorro	Quando verificados sinais e sintomas que necessitem de realização de exames de imagem ou possível internação, os bebês são encaminhados ao PS com relatório.
Encaminhamento para Serviço Social	Quando mãe/família demonstra não possuir condições financeiras de ir para as consultas e/ou comprar leite artificial/medicamentos.
Encaminhamento para Psicologia/Psiquiatria	Se encontrados sinais/sintomas de alteração de humor, comportamento, cognição nos pais. Ou se os pais já fazem acompanhamento ou já são diagnosticados com problemas mentais, mas precisam de uma consulta de revisão.
Encaminhamento para Fonoaudiologia	Se detectados alterações na sucção ou coordenação sucção/deglutição/respiração.
Ajuste de polivitamínico, ferro oral, fosfato tricálcico, sulfato de zinco, adtil, domperidona, simeticona, ranitidina, colírio	É investigado com a mãe/pai quais medicamentos estão sendo utilizados e como (frequência, dose, forma de administração etc). Se for identificado erro de administração, este é corrigido de acordo com os protocolos já instituídos. Caso haja indicação de entrar com alguma medicação, bebê é encaminhado para médica para realizar prescrição.
Sabonete	Indicado uso de sabonete anti-séptico caso sejam encontradas alterações na pele ou couro cabeludo.
Dieta materna	Dieta da mãe é ajustada ou para aumentar calorias com acréscimo de óleo/azeite na comida ou para investigar alergia às proteínas do leite de vaca com retirada deste e seus derivados.
Hérnia umbilical	Explicado porque ocorre este tipo de hérnia, quando espera-se a melhora, para não colocar nada em cima (como faixas, moedas) e sinais de alerta que mostram necessidade de procurar PS.
Hérnia inguinal	Mostrado sinais de alerta para os pais e encaminhado bebê para CIPE (se já não estiver com consulta marcada)
Cuidados com estomas	É orientado como manter pele periestomia íntegra, indicados produtos de acordo com a necessidade e encaminhado para enfermeira do hospital responsável pelos estomas intestinais.
Sinais de alerta	Discussão sobre sinais de piora do quadro clínico para os pais saberem quando devem procurar ajuda, seja no posto ou Pronto Socorro.
Aspirador nasal	Discussão sobre limpeza nasal e possibilidade de adquirir um aspirador manual.
Evitar produtos industrializados	Para uso durante banho, higiene íntima e oral.
Galactagogos	Estimular o uso de galactagogos para melhorar produção láctea ou encaminhar para que fossem prescritos estes medicamentos.
Compressa morna	Realização de compressas mornas em dedos dos pés ou qualquer local com endurecimento por provável infecção local.
Água	Ofertar água nos intervalos das administrações de fórmula infantil, quando aleitamento apenas com leite artificial
Retorno para exames	Marcação de retorno apenas para avaliar resultados de exames
Não ofertar líquidos	Manter aleitamento materno exclusivo, sem ofertar nenhum tipo de líquido diferente, como chás, sucos e iogurte.
Incentivo à doação de leite	Estímulo à doação de leite quando a produção láctea permite.
Contenção	Ensino da contenção do tipo “charuto” para ajudar a acalmar o bebê.
Retorno para pesar	Retorno apenas para avaliar ganho de peso, especialmente quando foi reduzido complemento. Em caso de ganho inadequado, família fica para consulta.

Curativo	Realização de curativos em bebês que foram com algum tipo de ferida aberta pra casa e ensino aos pais de como realizar este procedimento em domicílio sempre que possível.
Sling	Orientação de como colocar o bebê no sling com segurança.
Nebulização	Estímulo à realização de nebulizações com soro fisiológico em caso de alterações respiratórias leves, geralmente por gripe.
Curva térmica	Incentivo à realização da medida de temperatura do bebê a cada 6 horas até melhora dos sintomas.
Medidas em caso de engasgo	Reforço de como posicionar e o que fazer em caso de engasgos.
Cuidados com mamas	Em caso de ser identificada fissura ou candidíase, além de corrigir pega, são orientadas ações para manter mamas secas, uso do próprio leite local, banho de sol e anti-fúngicos, se necessário.

ANEXO A