

## Perfil de recém-nascidos de risco atendidos por enfermeiros em seguimento ambulatorial: estudo de coorte retrospectiva\*

Ludmylla de Oliviera Beleza<sup>1,2</sup>  
Laiane Medeiros Ribeiro<sup>1</sup>  
Rayanne Augusta Parente Paula<sup>1</sup>  
Laíse Escalianti Del Alamo Guarda<sup>1</sup>  
Gessica Borges Vieira<sup>1</sup>  
Kassandra Silva Falcão Costa<sup>2</sup>

**Objetivo:** analisar o perfil de coorte dos recém-nascidos de risco atendidos por enfermeiros em Ambulatório de Seguimento Multidisciplinar, com destaque ao tipo de alimentação e ao ganho ponderal, após a alta hospitalar. **Método:** coorte retrospectiva, população composta por recém-nascidos de risco atendidos em período de 4 anos, dados procedentes de prontuário e relatório de atendimento, posteriormente exportados para o Programa R. As variáveis de desfecho foram: número da consulta com o enfermeiro, tipo de alimentação, ganho diário de peso e principais orientações. Houve a realização de estatística descritiva, distribuição de frequências e aplicação dos testes Mann-Whitney, Qui-Quadrado, Correlação de Spearman, Análise de Variância e Tukey, sendo significativo  $p < 0,05$ . **Resultados:** foram analisados 882 atendimentos com 629 bebês e famílias. As frequências do aleitamento materno exclusivo e do ganho ponderal foram aumentando com o passar das consultas. Os bebês que necessitaram de mais consultas e com menor ganho ponderal foram os com menores idade gestacional ( $p = 0,001$ ) e peso de nascimento ( $p = 0,000$ ), maior tempo de internação ( $p < 0,005$ ) e que possuíam diagnósticos relacionados à prematuridade extrema ( $p < 0,05$ ), dentre outros. **Conclusão:** verificou-se a importância do acompanhamento ambulatorial de recém-nascidos de risco pelo enfermeiro, especialmente na promoção do aleitamento materno e do crescimento saudável.





**Descritores:** Continuidade de Assistência ao Paciente; Recém-Nascido; Prematuro; Assistência Ambulatorial; Enfermagem; Seguidamentos.

\* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Perfil de recém-nascidos de risco atendidos por enfermeiros em seguimento ambulatorial: estudo de coorte retrospectiva", apresentada à Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital Materno Infantil de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

### Como citar este artigo

Beleza LO, Ribeiro LM, Paula RAP, Guarda LEDA, Vieira GB, Costa KSF. Profile of at-risk newborns attended by nurses in outpatient follow-up clinic: a retrospective cohort study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3113. [Access    ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2301.3113>.

mês dia ano URL

## Introdução

Muitas são as sequelas e intercorrências decorrentes do período neonatal, mas pode-se dizer que o pós-natal é uma fase crítica, com grandes mudanças tanto psicofisiológicas como sociais, econômicas e familiares. Um cuidado inapropriado nessa época pode levar a várias doenças e à morte. Ainda assim, é um momento de certa forma negligenciado no que diz respeito ao cuidado especializado em saúde, que é menor no período pós-natal do que antes e durante o nascimento<sup>(1)</sup>.

Nesse panorama, destacam-se os recém-nascidos de risco (RNR), detentores das maiores taxas de morbimortalidade e dos maiores riscos de desenvolvimento de sequelas incapacitantes durante a vida<sup>(2)</sup>. Estudos internacionais, em sua maioria, referem que os RNRs acompanhados são e/ou deveriam ser, basicamente, os prematuros e de baixo peso<sup>(3-4)</sup>. Outros estudos acabam por acrescentar mais critérios de risco como necessidade de acompanhamento, tais 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, que possuem anormalidades neurocomportamentais verificadas no período neonatal e RN a termo que necessitou de mais de 24 horas de ventilação mecânica<sup>(5)</sup>.

Independentemente dos critérios utilizados para classificar RN como de risco ou não, as pesquisas convergem para um consenso de que essa população deve ser acompanhada de forma diferenciada, sistemática e frequente. São sugeridos e expostos como imprescindíveis programas estruturados e especializados de seguimento dos RNRs (especialmente o prematuro), de modo a garantir a continuidade da assistência, promover a saúde, empoderar pais e famílias, prevenir e identificar precocemente complicações e doenças e reduzir morbimortalidade e sequelas motoras, comportamentais e de neurodesenvolvimento<sup>(1-2,4-9)</sup>.

Entretanto, para que esse acompanhamento dos RNRs seja realmente efetivo, preconiza-se que seja realizado por uma equipe multiprofissional e especializada. Esta deveria ser composta principalmente por neonatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, oftalmologistas, neurologistas, psicólogos e cardiologistas<sup>(4-5)</sup>.

O papel de cada um desses profissionais no seguimento do RNR é evidente quando se observam as características inerentes de suas profissões e especialidades. Contudo, esta não é uma realidade quanto ao papel do enfermeiro que atua no Brasil em Ambulatórios de Seguimento, assim como também não há clareza quanto ao perfil dos RNRs atendidos por essa

categoria profissional. A literatura afirma, inclusive, que são escassas as produções científicas nacionais sobre o acompanhamento ambulatorial desses bebês pelo enfermeiro, principalmente e essencialmente o prematuro<sup>(10)</sup>.

Dessa forma, para esclarecer as questões supracitadas, este estudo foi realizado com o objetivo de analisar o perfil de coorte dos recém-nascidos de risco que foram atendidos por enfermeiros em um Ambulatório de Seguimento Multidisciplinar, com destaque ao tipo de alimentação e ao ganho ponderal, após a alta hospitalar.

Entende-se que o conhecimento desse perfil de atendimento por enfermeiros no único local do Distrito Federal (DF) que abarca essa categoria profissional em sua equipe de seguimento torna possível a abertura de novos caminhos para a Enfermagem em outros serviços locais e nacionais, possibilitando, por meio da interdisciplinaridade, assegurar aspectos fundamentais da integralidade da assistência a esses recém-nascidos tão vulneráveis.

## Método

Trata-se de estudo do tipo coorte retrospectivo, sendo que a população foi composta por RNRs presentes no registro do Ambulatório e atendidos pelos enfermeiros em um hospital de referência de Brasília/DF. A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2016, referente aos atendimentos realizados entre 2013 e 2016.

O enfermeiro atende no Ambulatório de Seguimento com as residentes de enfermagem desde 2010, uma tarde por semana. Nesse período são atendidos todos os RNRs que estão no ambulatório pela primeira vez (logo após a alta hospitalar) e, nas consultas subsequentes, em esquema de revezamento com a consulta médica. Os bebês retornam com médico ou enfermeiro até a alta para acompanhamento apenas no posto de saúde ou para outro dia da semana (seguimento duradouro). Caso haja alguma intercorrência com o RN, como baixo ganho de peso, icterícia, aleitamento inadequado, risco social ou psicológico da mãe, ou se o prematuro ainda não atingiu 3 quilos de peso atual e idade gestacional pós-concepcional de 40 semanas, é marcado um retorno para esse bebê. Esse retorno pode variar de 2 dias a 3 semanas (ou mais), de acordo com as necessidades do bebê e da família. É realizada consulta de enfermagem e, se for imperativo, os pacientes podem ser atendidos por médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo no mesmo dia.

No seguimento duradouro, as consultas são realizadas apenas pelo médico e ocorrem com menor frequência (preferencialmente nos marcos de desenvolvimento). São encaminhados para esse

seguimento 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 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. Esse acompanhamento pode ocorrer até as crianças completarem 12 anos de idade.

Para análise dos dados, foram construídos um dicionário e um banco de dados no Microsoft Excel® com as variáveis do estudo. As variáveis de desfecho foram: número da consulta realizada pelo enfermeiro (maior número de atendimentos, maior necessidade destes); tipo de alimentação no dia do atendimento (aleitamento materno exclusivo – AME - ou misto, uso apenas de fórmula, dieta sólida); ganho diário de peso; principais orientações e condutas realizadas pelos enfermeiros. Já as variáveis de exposição/independentes foram: idade gestacional de nascimento (IG); peso de nascimento; peso no dia do atendimento ou peso atual; procedência (residentes no DF, no entorno do DF ou fora do DF); número de dias até o retorno, tempo de internação; destino do paciente (alta para o posto de saúde, seguimento duradouro ou retorno marcado para o mesmo ambulatório); diagnósticos médicos da internação.

Em seguida, 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 o enfermeiro (1ª consulta, 2ª, 3ª etc.).

Para as variáveis quantitativas, como idade gestacional, 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 da enfermeira, fez-se a distribuição das frequências.

Posteriormente, verificou-se o grupo dentre todos os atendimentos em que o ganho de peso diário foi inferior a 20 gramas, já que esses 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. Para as variáveis como idade gestacional, peso de nascimento, peso atual, tempo de internação e dias até o retorno, realizou-se o Teste de Mann-Whitney. Para as variáveis sexo, tipo de alimentação e destino do paciente, utilizou-se o Teste de Qui-Quadrado.

Para testar a relação do ganho de peso com as variáveis idade gestacional, peso ao nascimento e tempo

de internação, realizou-se também o Teste de Correlação de Spearman. A diferença entre as médias do ganho de peso e o número da consulta/tipos de alimentação na data do atendimento foi investigada pela Análise de Variância (ANOVA) e o Teste Tukey utilizado para verificar o que proporcionou a diferença.

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 Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 55511116.6.0000.0030. Por se tratar de estudo sem intervenção direta na população estudada, foi concedida a liberação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Resultados

No período de coleta de dados, realizaram-se 886 atendimentos por enfermeiros com 633 bebês e famílias. Quatro bebês foram 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 (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 por falta de disponibilidade de profissionais.

Segue abaixo a Tabela 1 com o perfil socio-demográfico e de nascimento dos bebês atendidos por enfermeiros, de acordo com o número de suas consultas realizadas com estes.

Pela Tabela 1, pôde-se perceber que o AME é o tipo de alimentação predominante em quase todas as consultas (aumentando em frequência), que a maior parte dos bebês (82,8%) necessita retornar para um novo atendimento e que há uma diminuição da IG e do peso de nascimento e aumento do tempo de internação, ganho ponderal e peso atual à medida que as consultas vão passando.

Acrescenta-se aos dados da Tabela 1 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), 570g e 4.100g para o peso de nascimento, 1.810g e 7.115g para peso na data do atendimento, -80g/dia e 170g/dia para o ganho de peso diário, 02 e 315 dias para o tempo de internação, 02 e 90 dias para o número de dias até o próximo retorno.

Dos 629 bebês atendidos pelos enfermeiros, percebe-se que dois retornaram cinco vezes e ainda estavam marcados para outro retorno (Tabela 1), o equivalente a, no mínimo, 10 consultas durante esse acompanhamento inicial no Ambulatório de Seguimento.

Tabela 1 - Perfil dos recém-nascidos de risco atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento, de acordo com o número da consulta a que foram submetidos. Brasília, DF, Brasil, 2013-2016

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(%)					
<b>Sexo</b>										
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)					
<b>Tipo de alimentação</b>										
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					
<b>Destino</b>										
Alta posto de saúde	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					
Retorno marcado	521 (82,8)	127 (61,6)	20 (52,6)	2 (28,6)	2 (100)					
<b>Procedência</b>										
DF†	390 (62,0)	132 (64,1)	18 (47,4)	4 (57,1)	0					
Entorno DF†	193 (30,7)	70 (34,0)	19 (50)	3 (42,9)	2 (100)					
Residentes fora do DF†	46 (7,3)	4 (1,9)	1 (2,6)	0	0					
	$\bar{x} \pm$	DP§	$\bar{x} \pm$	DP§	$\bar{x} \pm$	DP§	$\bar{x} \pm$	DP§	$\bar{x} \pm$	DP§
Idade Gestacional (días)	236	24,8	233	27,3	231	23,1	214	22,8	215/	12,7
Peso de Nascimento (gramas)	1886	647	1790	588	1678	530	1291	593	1150	523
Peso atual (gramas)	2860	747	3251	778	3519	668	3591	635	3872	711
Ganho diário de Peso (gramas/dia)	29,4	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 até retorno	12,2	5,8	13,9	6,4	16,3	9,1	14	0	52	53,7

\*AME - aleitamento materno exclusivo; †DF - Distrito Federal;  $\bar{x}$  - média, §DP - desvio-padrão

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 na Figura 1.

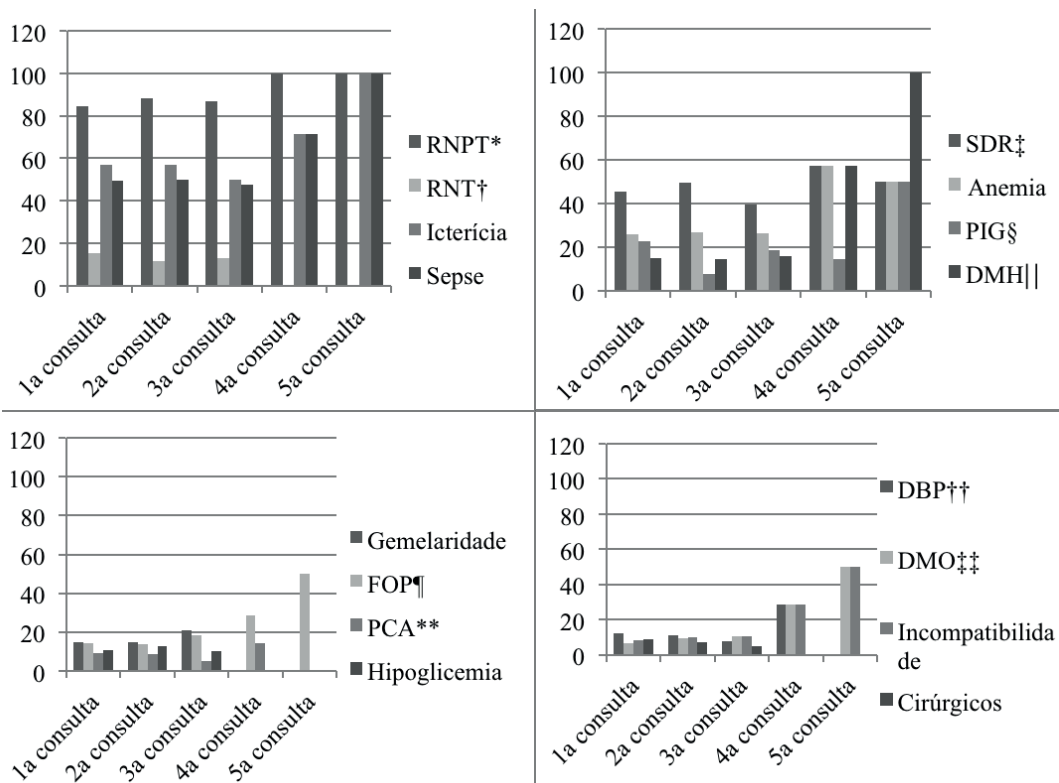
Todos os diagnósticos apresentados na Figura 1 possuíram uma frequência maior do que 7,6% (n=67) do total de 882 atendimentos. Foram encontrados ainda outros diagnósticos que não foram incluídos na Figura 1 que apresentaram frequências de 2 a 6%, sendo alguns destes, em ordem decrescente: apneia, taquipneia transitória do RN (TTRN), fungemia, enterorragia, desnutrição, asfixia neonatal, síndrome

genética, hemorragia intraventricular (HIV), convulsão, enterocolite (ECN), conjuntivite, alergia às proteínas do leite de vaca (APLV), doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), pneumonia, retinopatia da prematuridade, hemorragia pulmonar e hipertensão pulmonar. Outros 94 diagnósticos foram identificados com menor frequência.

Verifica-se ainda pela Figura 1 que estiveram presentes com maior frequência na 4ª e 5ª consultas, respectivamente, os seguintes diagnósticos médicos: recém-nascidos pré-termo (RNPT) (100%), icterícia (71 e 100%), sepse (71 e 100%), doença da membrana hialina (DMH) (57 e 100%), síndrome do desconforto

respiratório (SDR) (57 e 50%), anemia (57 e 50%), PIG (14 e 50%), forâmen oval patente (FOP) (29 e 50%), incompatibilidade sanguínea Rh ou ABO (29 e 50%),

doença metabólica óssea (DMO) (29 e 50%), apneia (14 e 50%), desnutrição (14 e 50%), hérnia inguinal (14 e 50%) e displasia broncopulmonar (DBP) (29 e 0%).



\*RNPT - recém-nascido pré-termo; †RNT - recém-nascido a termo; ‡SDR - síndrome do desconforto respiratório; §PIG - pequeno para a idade gestacional; ||DMH- doença da membrana hialina; ¶FOP - forâmen oval patente; \*\*PCA - canal arterial patente; ††DBP - displasia broncopulmonar; ‡‡DMO - doença metabólica óssea

Figura 1 - Diagnósticos médicos de internação mais prevalentes nos recém-nascidos de risco atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento de acordo com o número da consulta a que foram submetidos. Brasília, DF, Brasil, 2013-2016

Segundo estratificação por consulta com a enfermagem, adicionalmente, foram elencadas as principais orientações/intervenções realizadas, as quais se encontram na Figura 2.

Todas as orientações citadas na Figura 2 apresentaram mais de 7% (n=62) de frequência durante as consultas realizadas e dentre os 76 tipos de orientações e intervenções listadas. Evidenciou-se, também, que na 1ª consulta ocorreram mais de 5.000 orientações, perfazendo uma média de 8 orientações por consulta. À medida que vão ocorrendo novas consultas, essa média vai diminuindo para 5, 4 e 2, na 2ª, 3ª e 4ª consultas, e aumentando para 7 orientações em média na 5ª consulta (dados não incluídos na figura).

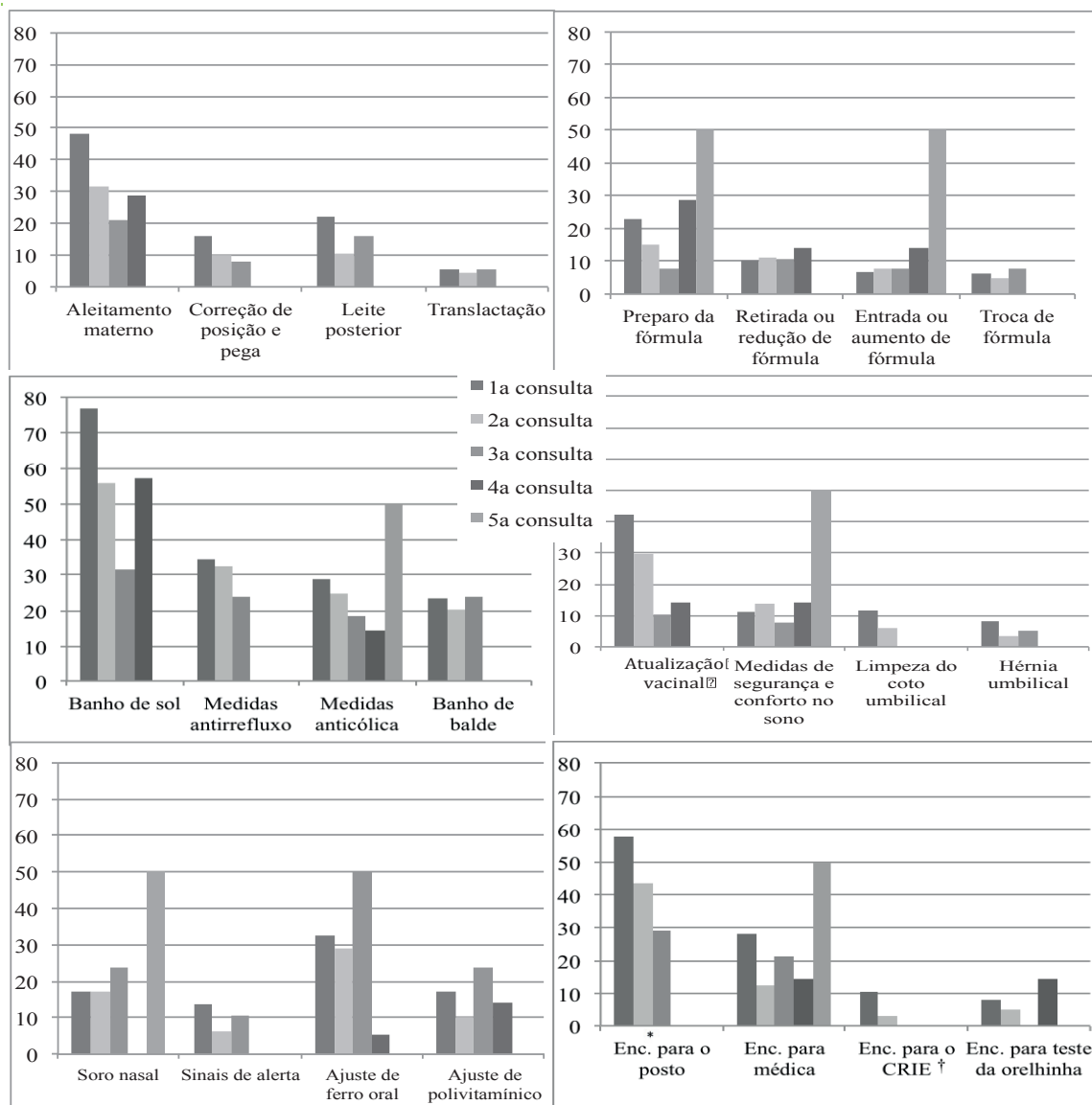
Nas últimas duas consultas, também houve orientações/intervenções mais comuns, tais como (Figura 2): estímulo ao aleitamento materno, preparo do leite artificial, entrada ou aumento do leite artificial, medidas anticólicas e para melhoria

e segurança do sono, administração de soro nasal, estímulo ao desenvolvimento, ajuste de medicações e encaminhamento para médico no mesmo dia.

Para estratificação de acordo com o ganho de peso entre as consultas, realizou-se Shapiro-Wilk para as variáveis peso de nascimento, idade gestacional, ganho de peso e tempo de internação. Pelo *p*-valor encontrado, pôde-se concluir que a população estudada não segue uma distribuição normal.

Na Tabela 2, foram descritas as variáveis que demonstram a diferença de perfil entre os bebês que obtiveram ganho ponderal menor e maior que 20g/dia.

Conforme a Tabela 2, percebe-se que o Teste de Correlação de Spearman apontou que existe uma correlação significativa entre o ganho de peso e as variáveis IG, peso de nascimento e tempo de internação, com os seguintes valores adicionais de correlação e *p*-valores, respectivamente: 0,110/0,001, 0,127/0,000 e -0,144/0,000.



\*Enc. - Encaminhamento; †CRIE: Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais

Figura 2 - Orientações e condutas mais prevalentes nos recém-nascidos de risco atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento de acordo com o número da consulta a que foram submetidos. Brasília, DF, Brasil, 2013-2016

Com a aplicação do Teste Qui-Quadrado entre o baixo ganho de peso e as variáveis mostradas na Tabela 2 relacionadas ao destino do paciente, pôde-se concluir 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 ou 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 (Tabela 2). Por esse mesmo teste, houve a possibilidade de verificar que valores de ganho de peso menor ou igual a 20g/dia possuem relação significativa

com os seguintes diagnósticos médicos: 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 ( $p=0,001$ ) (dados não incluídos na tabela).

A Análise de Variância (ANOVA) foi utilizada para verificar se existe diferença entre o ganho de peso e os grupos de alimentação (AME, aleitamento misto, aleitamento artificial e alimentação sólida) procedência (cidades-satélites do DF, cidades de Goiás e Minas Gerais). Pelo  $p$ -valor, foi encontrada uma diferença

significante de ganho de peso segundo o tipo de alimentação ( $p=0,012$ ), mas não para procedência ( $p=0,616$ ) (Tabela 2). Para verificar qual o tipo de alimentação proporcionou essa diferença, aplicou-se o Teste de Tukey entre cada um dos tipos entre si (aleitamento misto-AME:  $p=0,568$ ; aleitamento artificial-AME:  $p=0,34$ ; dieta sólida-SME:  $p=0,119$ ;

aleitamento misto-aleitamento artificial:  $p=0,075$ ; aleitamento misto-dieta sólida:  $p=0,068$ ; dieta sólida-aleitamento artificial:  $p=0,328$ ). 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.

Tabela 2 - Perfil dos recém-nascidos de risco atendidos por enfermeiros no Ambulatório de Seguimento de acordo com o grau de ganho ponderal e a significância dos testes estatísticos realizados. Brasília, DF, Brasil, 2013-2016

Variáveis		Ganho ponderal < 20g/dia n=190		Ganho ponderal > 20g/dia n=692		p*
		$\bar{x}^\dagger$	DP‡	$\bar{x}^\dagger$	DP‡	
Idade gestacional (dias)		232,2	27,5	235,6	24,3	0,001§
Peso de nascimento (gramas)		1785,8	689,6	1866,1	615,8	0,000§
Peso atual (gramas)		2769,9	816,6	3048,2	757,3	0,000
Tempo de internação (dias)		44,4	42,5	33,4	32,1	0,000§ 0,003
Dias até o retorno		9,1	7,5	14,0	6,0	0,000
		f¶	%	f¶	%	p*
Sexo	Feminino	96	50,5	328	47,4	0,002
	Masculino	94	49,5	364	52,6	
Tipo de alimentação	- AME**	102	53,7	380	54,9	0,060†† 0,012‡‡
	- Aleitamento misto	57	30,0	234	33,8	
	- Fórmula	27	14,2	75	10,8	
	- Dieta sólida	4	2,1	3	0,5	
Destino	- Alta para posto	8	4,2	113	16,3	0,000††
	- Seguimento duradouro	9	4,7	80	11,6	
	- Retorno marcado	173	91,1	499	72,1	

\* $p - \alpha=0,05$ ;  $\bar{x}$  - média; DP - desvio-padrão; §Resultados do Teste de Correlação de Spearman; ||Resultados do Teste Mann-Whitney; ¶f - frequência; \*\*AME - aleitamento materno exclusivo; ††Resultados do Teste Qui-Quadrado; ‡‡Resultados da Análise de Variância (ANOVA), mas esse resultado não foi confirmado pelo Teste de Tukey

Ao comparar o ganho de peso entre as consultas também com a ANOVA, percebeu-se que existe diferença significativa deste em, pelo menos, uma das 5 consultas ( $p=0,000$ ). Foi, então, realizado o Teste de Tukey, o qual comparou as consultas duas a duas, encontrando diferença significativa de ganho de peso apenas entre a 1ª e a 2ª consulta ( $p=0,000$ ; diferença 6,58; intervalo de confiança 3,01-10,16) (dados não incluídos na tabela).

Cabe acrescentar a esses dados que as orientações/intervenções que possuíam diferença estatística e foram mais frequentes nos bebês com baixo ganho ponderal foram: estímulo ao aleitamento materno ( $p=0,025$ ); correção de posição e pega ( $p=0,000$ ); leite posterior ( $p=0,000$ ); translactação ( $p=0,000$ ); preparo de

fórmula ( $p=0,004$ ); entrada ou aumento de fórmula ( $p=0,000$ ); encaminhamento para fisioterapia ( $p=0,032$ ) e fonoaudiologia ( $p=0,007$ ).

## Discussão

Este trabalho foi o único nacional 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 essa categoria profissional. Demonstrou-se também 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 AME e o crescimento dos pacientes. Verificaram-se, ainda, fatores que influenciaram no ganho ponderal dos RNRs e quais as principais orientações/intervenções foram realizadas com os que ganharam pouco peso.

Em outros trabalhos, os enfermeiros também tiveram papéis cruciais no seguimento de RNR, desde o planejamento e operacionalização deste, educação, orientação e treinamento dos pais<sup>(11-15)</sup>, encaminhamentos para outras especialidades<sup>(5,12)</sup>, visita domiciliar<sup>(11-12,15-17)</sup> e disponibilidade por telefone para tirar dúvidas<sup>(11-12,16)</sup> até suporte à família, avaliação/manutenção da saúde e bem-estar dos bebês<sup>(11,15-16,18-19)</sup> e apoio ao AME<sup>(12-13)</sup>. Os resultados também levaram à melhoria da qualidade da assistência, aumentando a confiança dos pais<sup>(18)</sup>, reduzindo o tempo de internação<sup>(11,16)</sup>, melhorando o ganho de peso<sup>(13,17)</sup>, a taxa de imunizações e a satisfação materna, reduzindo custos e reinternações<sup>(9,16)</sup>.

Considerando-se o descrito na Tabela 1, pôde-se perceber que o sexo do RN atendido encontrou-se relativamente equilibrado. Apenas nas últimas consultas, o sexo masculino encontrou-se predominante, mas em relação ao ganho de peso, o que encontrou significância estatística foi o feminino. Estudos que elencam o perfil dos atendidos igualmente variam quanto à predominância de sexo masculino<sup>(17)</sup> ou feminino<sup>(10,20-21)</sup> e outros trabalhos referentes ao crescimento também demonstram que as meninas são as que menos ganham peso, durante o acompanhamento ambulatorial<sup>(21-22)</sup>.

A 1ª consulta no Ambulatório de Seguimento em estudo é em torno do 3º ao 9º dia após a alta. Em estudo retrospectivo americano que avaliou 65.085 altas foi demonstrado que menos de 07 dias após a alta é o ideal para essa primeira consulta ocorrer (por reduzir readmissões)<sup>(23)</sup>. Já a média de AME nessa 1ª consulta ficou em torno de 55% e a de aleitamento materno no geral acima de 85%. Essa frequência de AME pode ser considerada adequada se for comparada com a encontrada em estudo israelita que evidenciou que apenas 109 de 162 mães (67%) estavam amamentando (exclusivamente ou não) seus bebês prematuros no momento da alta hospitalar<sup>(24)</sup>. Porém, se for confrontada com uma coorte prospectiva de 137 prematuros realizada no Nordeste do Brasil, a frequência está abaixo dos 56,2% encontrados na alta da enfermagem Canguru<sup>(20)</sup>, sendo necessário considerar que o Método Canguru esteve relacionado ao aumento do AME em outras pesquisas<sup>(12,25)</sup>. Cabe ressaltar que, assim como neste estudo, em outra publicação procedente do Paraná, de um trabalho descritivo e retrospectivo realizado com 25 prematuros, constatou-se que o crescimento não foi alterado conforme o que o bebê estava ingerindo<sup>(10)</sup>.

Alguns achados desta pesquisa permitem que seja inferido que o Ambulatório de Seguimento tem

promovido e estimulado o AME. Por exemplo, houve um aumento da sua frequência da primeira para segunda consulta e desta para quinta, e a de retirada e/ou redução da fórmula infantil foi maior do que a entrada e/ou aumento desta dentre as orientações fornecidas.

Os dados de destino do paciente trazem a pressuposição de que como 11% dos RNRs atendidos possuem apenas a primeira consulta com o enfermeiro e já são encaminhados para o Posto de Saúde ou Atenção Básica, eles estão com crescimento e desenvolvimento adequados ou são encaminhados para serviços especializados da rede (como Genética e Infecções Congênitas). E como dos 521 bebês com retorno marcado, menos da metade retornou para um segundo atendimento, a resolutividade do Ambulatório pôde ser verificada da mesma forma que a importância da primeira consulta realizada com o enfermeiro.

Quanto à procedência, constata-se que cerca de 40% dos bebês atendidos no ambulatório são de estados vizinhos, como Goiás e Minas Gerais. Esse fato pode levar a uma maior evasão desse acompanhamento, visto que esta, por vezes, está relacionada à maior distância entre a residência e local de seguimento<sup>(12,26)</sup>.

Já quanto aos dados relativos à IG e ao peso de nascimento presentes na Tabela 1, verificou-se, neste estudo, que quanto menores a idade gestacional e o peso de nascimento, mais frequentes e em maior quantidade são as consultas de seguimento. Algumas pesquisas mostram essa necessidade de acompanhamento mais frequente, quando afirmam que o baixo peso ao nascimento e a prematuridade estão relacionados a um aumento da morbimortalidade, das condições crônicas e das reinternações<sup>(2-3,9,19,27-31)</sup>, assim como o risco maior de déficit de crescimento<sup>(3,21)</sup>, atrasos no desenvolvimento e problemas cognitivos e comportamentais<sup>(3,7,31-32)</sup>. Além disso, o crescimento deve ser monitorado rigorosamente no primeiro ano de vida desse perfil de paciente, garantindo uma nutrição cerebral ideal e reduzindo riscos de atrasos no neurodesenvolvimento<sup>(19,33)</sup>.

Foi ainda constatado que quanto maior o tempo de internação, maior foi a necessidade de retorno do bebê e maior risco de menor ganho ponderal. Como o tempo de internação correlaciona-se diretamente com a IG<sup>(3)</sup>, esse dado ainda corrobora um estudo realizado na Suécia com 1.410 lactentes prematuros sobre um programa de alta precoce, no qual os que obtiveram mais readmissões foram os com tempo de internação maior<sup>(11)</sup>, ou seja, um tempo de internação alto está relacionado com o maior risco de morbidades e déficit de crescimento.

A evolução ascendente do peso atual com o passar das consultas, assim como a do ganho de peso até a terceira consulta, mostra a efetividade do Ambulatório de Seguimento em garantir um crescimento adequado do RNR, o que foi igualmente evidenciado em outra pesquisa<sup>(10)</sup>.



Sabe-se inclusive que o ganho ponderal é um importante diagnosticador da saúde do bebê<sup>(11)</sup>, podendo ser verificada diferença estatisticamente significativa da primeira para a segunda consulta diante do ganho de peso neste estudo. Isso pode indicar que a assistência fornecida aos RNRs foi eficaz e que as orientações realizadas nas primeiras consultas impactaram no crescimento de modo positivo.

Quanto aos diagnósticos médicos de internação mais comuns presentes na população atendida, estes foram equivalentes a outros encontrados em seguimentos realizados por enfermeiros<sup>(10)</sup>. Especialmente quanto às últimas consultas, acredita-se que a presença desses diagnósticos pode até ser considerada como fator de risco para intercorrências pós-natais, devendo ser acompanhados rigorosamente.

A maioria desses diagnósticos é encontrada em prematuros que nascem com menos de 1.500g, neuropatas e naqueles com maior tempo de internação<sup>(2-3,19)</sup>; e em alguns estudos estão presentes nos bebês crônicos egressos da UTIN<sup>(27)</sup> e nos que mais necessitaram de readmissões e reinternações<sup>(9,11,29)</sup>. Condições neonatais como prematuridade, asfixia, infecções e hiperbilirrubinemia foram associadas às sequelas e à sobrevivência comprometida em coorte retrospectiva italiana realizada com 123 sujeitos<sup>(7)</sup>. Já a anemia deve ser monitorada e tratada com frequência por poder levar ao baixo ganho de peso e alterações no desenvolvimento<sup>(19,33)</sup>. A incompatibilidade, icterícia, desnutrição e enterorragia possuíram maior necessidade de retornos para que seja verificada e garantida a reversibilidade desses problemas.

Alguns diagnósticos médicos encontrados também obtiveram significância estatística diante do ganho de peso, além da prematuridade e baixo peso ao nascer – DBP, hemorragia e hipertensão pulmonares, DMO, apneia da prematuridade, dilatação ventricular, anemia, pneumotórax, atelectasia, hipoglicemia, cardiopatias congênitas, eventração diafragmática e síndromes genéticas, sendo associados, em outros estudos, a diversas morbidades.

Prematuros com doença crônica pulmonar podem ter um atraso na proficiência da alimentação oral<sup>(14,19)</sup>. Em estudo descritivo com prematuros em seguimento, diagnósticos de nascimento referentes à prematuridade extrema (como os sete primeiros diagnósticos supracitados) estiveram associados à perda de peso<sup>(10)</sup>. Um protocolo internacional para cuidado dos prematuros tardios revela que pacientes com distúrbios respiratórios e cardíacos são mais suscetíveis aos problemas de alimentação e, conseqüentemente, à falha no crescimento<sup>(28)</sup>. Já uma coorte prospectiva realizada no Paraná com 237 RNRs confirma que o baixo peso ao nascer adjunto à prematuridade, mãe com menos

de 17 anos e a presença de anomalias congênitas foram fatores de risco agregados às reinternações (que são inclusive mais longas que os lactentes sem esses aspectos) até os 3 meses de vida<sup>(9)</sup>. Uma situação de doença, obviamente, pode alterar o crescimento, uma vez que o ganho de peso é menor durante esta<sup>(10)</sup>. Não foi encontrada na literatura associação dos diagnósticos hipoglicemia, pneumotórax, atelectasia e eventração diafragmática com a falha no crescimento.

As orientações mais comuns e mais frequentes nos RNRs foram aquelas relacionadas à alimentação do bebê, corroborando outros estudos que evidenciam que os maiores problemas e necessidades de supervisão são os de nutrição, além de falha de crescimento, morbidades respiratórias, anemia e sequelas de neurodesenvolvimento<sup>(4,14,28,33)</sup>. Alguns trabalhos já apontam que as principais orientações realizadas foram parecidas com as encontradas neste, tais como vacinação, medicações e higiene<sup>(12)</sup>. Determinadas pesquisas, igualmente, apontam cuidados específicos pós-natais que poderiam melhorar a saúde neonatal e que foram identificados como presentes no seguimento do hospital de estudo, tais como suporte ao AME, higiene corporal e limpeza do coto umbilical<sup>(34-35)</sup>.

O encaminhamento para médico, realizado por enfermeiros no mesmo dia de atendimento, foi cerca de 25%. As razões desse encaminhamento variaram, mas ficaram em torno da necessidade de avaliação de pacientes com intercorrências e com necessidades de prescrições de medicamentos e de pedidos de exames. Assim, a família não precisaria esperar a deterioração do quadro clínico ou uma próxima consulta para resolução desses problemas. Isso ratifica que o acompanhamento do RNR por uma equipe multidisciplinar é muito mais apropriado e necessário para este e sua família, tanto do ponto de vista físico quanto socioeconômico e emocional<sup>(28)</sup>.

Essa compreensão multidisciplinar do cuidado é confirmada pela quantidade de encaminhamentos realizados pelo enfermeiro e pelo revezamento entre as consultas de enfermagem e médica. Esse revezamento já foi preconizado em pesquisa exploratória e qualitativa de Santa Catarina que entrevistou 31 profissionais de saúde da Atenção Básica<sup>(12)</sup> e pode levar à diminuição das readmissões durante o primeiro ano de vida<sup>(4)</sup> e à garantia da assistência adequada aos RNRs, especialmente prematuros<sup>(19)</sup>.

Desde a 1ª consulta com o enfermeiro, o vínculo dos pais e outros membros da família com o bebê é confirmado ou refutado e fortalecem-se os laços destes com o profissional que está atendendo. Esse fato e a responsabilização conjunta são essenciais para o sucesso do seguimento<sup>(12,18)</sup> e como médico e enfermeiros que atendem no Ambulatório trabalham em outras unidades

neonatais do hospital esse fortalecimento é facilitado. Pais ficam mais confortáveis se o profissional que atende após a alta é procedente de outro setor do hospital<sup>(15)</sup> e tendem a confiar mais nos enfermeiros da UTIN para realizar orientações nesse nível de atendimento<sup>(18)</sup>.

Os resultados deste estudo confirmam que os maiores fatores de risco relacionados à morbimortalidade dos RNRs poderiam ser minimizados com ações de promoção da saúde e prevenção das doenças<sup>(2)</sup>. Alguns trabalhos defendem a integração do Ambulatório de Seguimento com a Atenção Primária como estratégia para garantir a continuidade da assistência ao RNR, com sistematização do cuidado, treinamento profissional, realização de ações programáticas e protocolos e com o devido monitoramento dos resultados<sup>(2,12,14,36)</sup>.

As limitações desta pesquisa foram aquelas relacionadas à utilização de dados secundários de caráter retrospectivo para a coleta de dados, o que não só pode influenciar na qualidade destes como impossibilitar seu aprofundamento. Assim, variáveis sociais como renda, ocupação e escolaridade da mãe não puderam ser resgatadas, impedindo um enriquecimento maior deste trabalho. Porém, espera-se que o que foi aqui explicitado possa alavancar o interesse de novas e necessárias pesquisas na área, especialmente as prospectivas e as que explorem, nesse contexto multiprofissional, os diagnósticos e intervenções de enfermagem, assim como seus desfechos correspondentes.

## Conclusão

Este estudo permitiu a análise do 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, em um período de quatro anos. Verificou-se que a população atendida por enfermeiros é composta, em sua maioria, por recém-nascidos com baixo peso e idade gestacional abaixo de 34 semanas ao nascer, em aleitamento materno exclusivo, com tempo de internação maior que 30 dias, que precisaram de mais de uma consulta mensal no Ambulatório, que possuíam problemas para ganhar peso e diagnósticos médicos que podem levar à falha no crescimento e desenvolvimento.

Essa análise do perfil proporcionou o conhecimento de que é possível a consulta de enfermagem com essa população, com papéis bem delineados, e que esse atendimento pode melhorar tanto o aleitamento materno exclusivo quanto o ganho ponderal. Esses fatores, dentre outros explicitados, possibilitam uma assistência qualificada e contínua a bebês tão vulneráveis. O conhecimento do perfil dos RNRs proporcionado por este estudo também permite que sejam explorados outros modelos de seguimento por enfermeiros, favorecendo comparações com populações em distintas localidades

e estudo de outros possíveis fatores de risco do crescimento e desenvolvimento saudáveis dos RNRs.

Esta pesquisa também demonstrou 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 e conhecimentos os maiores beneficiados são o bebê e sua família.

Acredita-se que, para melhorar ainda mais os cuidados de enfermagem aos RNRs, dever-se-ia consolidar a integração do serviço ambulatorial de seguimento com os da Atenção Primária, preferencialmente na forma de visita domiciliar compartilhada entre os enfermeiros, pelo menos, durante o primeiro ano de vida desses bebês, quando os riscos e vulnerabilidades às 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.

## Agradecimentos

Agradeço a Danilla Parma Queiroz e Rosângela Cândido Marinho.

## Referências

1. World Health Organization. Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. [Internet] 2013. [cited Jan 3, 2016] Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/)
2. Faria CS, Martins CBG, Lima FCA, Gaíva MAM. Morbidity and mortality among the high-risk newborns: a bibliography review. *Enferm Global*. [Internet]. 2014 [cited Jan 3, 2016]; 36:298-309. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/177861/165791>.
3. Glass HC, Costarino AT, Stayer SA, Brett CM, Cladis F, Davis PJ. Outcomes for extremely premature infants. *Anesthesia Analgesia*. 2015; 120(6):1337-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000000705>
4. Bockli K, Andrews B, Pellerite M, Meadow W. Trends and challenges in United States neonatal intensive care units follow-up clinics. *J Perinatol*. 2014; 34(1): 71-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2013.136>
5. Doyle LW, Anderson PJ, Battin M, Bowen JR, Brown N, Callanan C, et al. Long term follow up of high risk children: who, why and how?. *BMC Pediatrics*. 2014; 14(1): 279. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-14-279>
6. World Health Organization. Health In 2015: From MDGs TO SDGs. [Internet]. 2015 [cited Jan 1, 2016]. Available from: <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>

7. Poggioli M, Minichilli F, Bononi T, Meghi P, Andre P, Crecchi A, et al. Effects of a home-based family-centered early habilitation program on neurobehavioural outcomes of very preterm born infants: a retrospective cohort study. *Neural Plast.* 2016; 2016: 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4323792>
8. Santos HG, Andrade SM, Silva AMR, Mathias TAF, Ferrari LL, Mesas AE. Avoidable causes of infant deaths due to interventions of the Brazilian Unified Health System: a comparison of two birth cohorts. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(3): 907-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01182013>
9. Barreto MS, Silva RLDT, Marcon SS. Morbidity in children of less than one year of age in risky conditions: a prospective study. *Online Braz J Nurs.* 2013; 12(1). doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20133999>
10. Viera CS, Rech R, Oliveira BRG, Maraschin MS. Preterm infant follow up during the first year after hospital discharge: assessing weight-height development. *Rev Eletr Enferm.* [Internet]. 2013 Abr/Jun [cited Aug 12, 2016]; 15(2): 407-15. Available from: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-19442013000200013](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442013000200013)
11. Lundberg B, Lindgren C, Palme-Kilander C, Örténstrand A, Bonamy AKE, Sarman, I. Hospital-assisted home care after early discharge from a Swedish neonatal intensive care unit was safe and readmissions were rare. *Acta Paediatr.* 2016; 105(8):895-901. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13393>
12. Aires LCP, Santos EKA, Costa R, Borck M, Custódio ZAO. Baby follow-up in primary care: interface with the third stage of the kangaroo method. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36 (spe): 224-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56805>.
13. Dehkhoda N, Valizadeh S, Jodeiry B, Hosseini MB. The effects of an educational and supportive relactation program on weight gain of preterm infants. *J Caring Sci.* 2013; 2(2): 97. doi: <http://dx.doi.org/10.5681/jcs.2013.012>
14. Lipner HS, Huron RF. Developmental and interprofessional care of the preterm infant: neonatal intensive care unit through high-risk infant follow-up. *Pediatrics Clin N Am.* 2018; 65(1):135-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2017.08.026>
15. Lopez G, Anderson KH, Feutchinger J. Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Network.* [Internet]. 2012 [cited Jan 15, 2017]; 31(4): 207-14. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/jnn/2012/00000031/00000004/art00002>
16. Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K, Donald F, Martin-Misener R, Kilpatrick K, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *J Eval Clin Pract.* 2015; 21:763-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.12401>
17. Miró RA, Canut ML, Aloy JF, Ruiz ME, Gili LA, Rodríguez JB, et al. Influence of in-home nursing care on the weight of the early discharged preterm newborn. *Anales de Pediatría (Barc).* 2014; 81:352-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.024>
18. Adama EA, Bayes S, Sundin D. Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A meta-synthesis of the literature. *J Neonat Nurs.* 2016; 22: 27-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.07.006>
19. Barkemeyer BM. Discharge planning. *Pediatr Clin N Am.* 2015; 62(2): 545-56. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.11.013>
20. Menezes MAS, Garcia DC, Melo EV, Cipolotti R. Preterm newborns at Kangaroo Mother Care: a cohort follow-up from birth to six months. *Rev Paul Pediatr.* 2014; 32(2): 171-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432213113>
21. Sammy DM, Chege MN, Oyieke J. Early growth in preterm infants after hospital discharge in rural Kenya: longitudinal study. *Pan African Med J.* 2016; 24:158. doi: <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2016.24.158.7795>
22. Kattula D, Sarkar R, Sivarathinaswamy P, Velusamy V, Venugopal S, Naumova EN. The first 1000 days of life: prenatal and postnatal risk factors for morbidity and growth in a birth cohort in southern India. *BMJ Open.* 2014; 4: e005404. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005404>
23. Jackson C, Shahsabeebi M, Wedlake T, DuBard CA. Timeliness of outpatient follow-up: an evidence-based approach for planning after hospital discharge. *Ann Fam Med.* 2015; 13(2):115-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1753>.
24. Pinchevski-Kadir S, Shust-Barequet S, Zajicek M, Leibovich M, Strauss T, Leibovich L, et al. Direct feeding at the breast is associated with breast milk feeding duration among preterm infants. *Nutrients.* 2017; 9(11): e1202. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/nu9111202>.
25. Briere CE, McGrath J, Cong X, Cusson R. An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. *J Obstet Gynecol Neonat Nurse.* 2014; 43(3): 272-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12297>
26. Ballantyne M, Stevens B, Guttmann A, Willan AR, Rosenbaum P. Maternal and infant predictors of attendance at neonatal follow-up programmes. *Child: Care, Health Develop.* 2013; 40(2): 250-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/cch.12015>
27. Tavares TS, Duarte ED, Silva BCN, Paula CM, Queiroz MPM, Sena RR. Profile characterization of children discharged from neonatal units presenting chronic conditions. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro.* 2014;

- 3(4): 1322-35. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.802>
28. Phillips RM, Goldstein M, Hougland K, Nandyal R, Pizzica A, Santa-Donato A, et al. Multidisciplinary guidelines for the care of late preterm infants. *J Perinatol*. 2013; 33: 5-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2013.53>
29. Martins CBG, Barcelon AA, Lima FCA, Gaíva MAM. Profile of morbidity and mortality in at-risk newborns. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(1):109-15. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35966>
30. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care. *Cad Saude Pública*. 2014; 30: S192-S207. doi <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
31. Milner KM, Duke T, Steer AC, Kado JH, Koyamaibole L, Kaarira R, et al. Neurodevelopmental outcomes for high-risk neonates in a low-resource setting. *Arch Dis Childhood*. 2017; 102:1063-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2017-312770>
32. Pierrat V, Marchand-Martin L, Arnaud C, Kaminski M, Resche-Rigon M, Lebeaux C, et al. Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks' gestation in France in 2011: EPIPAGE-2 cohort study. *Br Med J*. 2017; 358: j3448. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j3448>
33. Kirk CM, Uwamungu JC, Wilson K, Hedt-Gauthier BL, Tapela N, Niyigena P, et al. Health, nutrition, and development of children born preterm and low birth weight in rural Rwanda: a cross-sectional study. *BioMed Central Pediatrics*. 2017;17(1):191. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-017-0946-1>
34. Salam RA, Mansoor T, Mallick D, Lassi ZS, Das JK, Bhutta ZA. Essential childbirth and postnatal interventions for improved maternal and neonatal health. *Reproductive Health*. 2014; 11(Suppl 1):S3. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-11-S1-S3>
35. Lee ACC, Kozuki N, Cousens S, Stevens GA, Blencowe H, Silveira MF, et al. Estimates of burden and consequences of infants born small for gestational age in low and middle income countries with INTERGROWTH-21st standard: analysis of CHERG datasets. *Br Med J*. 2017; 358: j3677. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j3677>
36. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(2): e20170028. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170028>


Recebido: 22/07/2017

Aceito: 12/10/2018

Autor correspondente:

Ludmylla de Oliveira Beleza

E-mail: [ludmyllab@hotmail.com](mailto:ludmyllab@hotmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0001-9975-562X>

**Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.