



Avaliação do acompanhamento clínico de recém-nascidos pré-termo egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Universitário no Sul do Brasil

Nara Cristine Strelow Fonseca^a, Rafael de Oliveira Arrieira^a, Fernando Celso Lopes Fernandes de Barros^a, Márcia Kaster Portelinha^{b,*}

^a Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

^b Universidade Federal de Pelotas-Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

Histórico do Artigo

Recebido em:

12/02/2021

Aceito em:

25/04/2021

Palavras-chave:

Recém-nascido pré-termo;
acompanhamento;
consulta; ambulatório.

Keywords:

Newborn preterm; side
dish; query; ambulatory.

RESUMO

Avaliar o tipo de agendamento recebido por recém-nascidos pré-termo egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Universitário em Pelotas-RS. A coleta de dados obteve informações sobre a atenção hospitalar, características clínicas do recém-nascido e sociodemográficas da mãe a partir de prontuários médicos e de entrevista com os familiares. Após a alta, o acompanhamento consistiu em uma ligação telefônica em 15, 30, 45, 60, 75 e 90 dias, ocorrendo durante junho e dezembro de 2019. Nas ligações, os familiares eram questionados sobre tipo de leite ofertado ao bebê e o local de acompanhamento médico. O estudo identificou que, no momento da alta, somente 53% dos recém-nascidos receberam agendamento, e este ao Ambulatório de pediatria da Faculdade de Medicina, enquanto os demais foram apenas encaminhados. Não houve agendamento para o Ambulatório de seguimento (*follow-up*). A média de peso ao nascer foi menor e o tempo de internação foi maior entre aqueles que tiveram consulta agendada. Conclui-se que a utilização do Ambulatório de seguimento necessita rever seus protocolos de oferta e agendamento, pois não contempla a demanda exigida. Sugere-se incentivo e informação aos familiares, para que façam uso deste serviço e aos profissionais de saúde, para que o referenciem.

Evaluation of the clinical follow-up of pre-term newborns egresses from the Neonatal Intensive Care Unit of a University Hospital in Southern Brazil

ABSTRACT

Evaluate the type of schedule received by preterm newborns discharged from the Neonatal Intensive Care Unit of a University Hospital in Pelotas-RS. Data collection obtained information about hospital care, clinical characteristics of the newborn and sociodemographic characteristics of the mother to from medical records and interviews with family members. After discharge, the follow-up consisted of a telephone call in 15, 30, 45, 60, 75 and 90 days, occurring during June and December 2019. In the calls, family members were asked about the type of milk offered to the baby and the location medical follow-up. The study identified that, at the time of discharge, only 53% of newborns received an appointment, and this to the Pediatrics Clinic of the Faculty of Medicine, while the rest were only referred. There was no appointment for the follow-up clinic. The average birth weight was lower and the hospital stay was longer among those who had an appointment. It is concluded that the use of the follow-up clinic needs to review its offer and scheduling protocols, as it does not include the demand demand. Incentives and information are suggested for family members to make use of this service and for health professionals to refer to it.

1. Introdução

No Brasil a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) teve importante declínio nas últimas sete décadas, passando de 146,6 óbitos a cada mil nascidos vivos, em 1940, para 12,8 em 2017. À frente de muitos países, o Brasil alcançou a meta de redução da mortalidade em menores de 5 anos proposta nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, sendo que a taxa de mortalidade reduziu de 53,7 para 17,7 óbitos por mil nascidos

* Autor correspondente: portelinhamarcia@gmail.com (Portelinha M. K.)

vivos de 1990 a 2011. Ao longo do tempo, houve gradativa alteração no perfil das causas de morte, sendo observado decréscimo da mortalidade por desnutrição e doenças infecto parasitárias e respiratórias. Em contrapartida, aconteceu um aumento da proporção de óbitos relacionados à prematuridade, asfixia durante o parto e infecções neonatais (1).

A prematuridade é definida como o nascimento anterior às 37 semanas completas de gestação e pode ser classificado, com base na idade gestacional em: extremamente prematuro (menos de 28 semanas), muito prematuro (28 a 32 semanas) e prematuro moderado à tardio (32 a 36 semanas) (2). É considerada o problema clínico mais importante em obstetrícia e medicina neonatal (3).

A taxa global estimada de nascimentos prematuros para 2014 foi de 10,6% (IC95%: 9,0; 12,0), o que equivale a um número absoluto de 14,8 milhões de casos (3). As maiores taxas foram observadas no norte da África (13,4%; IC95%: 6,3; 30,9), e as menores, na Europa (8,7%; IC95%: 6,3; 13,3). Dados para a América Latina e Caribe apontam uma taxa de 9,8% (IC95%: 8,6; 11,3) (3) e o Brasil, encontra-se entre os dez países com a maior prevalência de nascimentos prematuros, atingindo valores próximos a 11% (3-4).

Enquanto muitos bebês prematuros sobrevivem em países de alta renda, em países de baixa e média renda, a falta de cuidados adequados coloca suas vidas em risco (3-4). Em nível global, a prematuridade é a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos; cerca de um milhão de crianças morrem a cada ano devido a complicações do parto prematuro (5). Entre os sobreviventes, as implicações vão muito além de desfechos obstétricos e neonatais imediatos, afetam profundamente a vida cotidiana das crianças e suas famílias, com um aumento do risco para uma série de morbidades de curto e longo prazo, incluindo dificuldades de aprendizagem, problemas visuais e auditivos (6).

Os ambulatórios de seguimento (*follow-up*), dotados de uma equipe multidisciplinar apta a lidar com as possíveis repercussões da prematuridade, têm grande importância no diagnóstico precoce de sequelas neurológicas e no tratamento do recém-nascido pré-termo (RNPT) (7). Especialmente no primeiro ano de vida do RNPT, deve ser dada especial atenção à sua evolução motora, o que aumenta a importância do acompanhamento do seu desenvolvimento global, principalmente em termos preventivos (8-9). Além de diagnóstico e intervenção, este acompanhamento possibilita a elaboração de estratégias de prevenção e a melhoria dos serviços de cuidados pré, peri e neonatais, trabalha na identificação de necessidades da família e orientação aos pais quanto aos cuidados com essa criança (10).

A cidade de Pelotas-RS, localizada no extremo sul do Brasil, com população estimada de 330 mil habitantes, possui dois ambulatórios para acompanhamento ao RNPT após a alta hospitalar, sendo um na faculdade de medicina da UFPel (FAMED) e outro no Hospital São Francisco de Paula UCPel (Campus da Saúde). O Ambulatório da FAMED constitui-se em um local de atendimento especializado, possuindo ambulatório de pediatria para consultas médicas e o de seguimento (*follow-up*) que realiza o acompanhamento com equipe multiprofissional. Outros locais de atendimento incluem, principalmente, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e clínicas privadas (11).

Desta forma, tendo em vista que após a alta hospitalar, o agendamento no Ambulatório de seguimento (*follow-up*) da FAMED UFPel para o acompanhamento é a situação ideal por apresentar uma equipe multiprofissional no cuidado ao RNPT, que neste estudo são os egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI) de um Hospital Universitário em Pelotas, o presente estudo teve por objetivo descrever o tipo de encaminhamento/agendamento, e as características dos recém-nascidos agendados e não agendados ao ambulatório de referência.

2. Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, longitudinal, prospectivo, que utilizou técnicas estatísticas para a aferição e análise dos dados (12), incluindo RNPT egressos da UTI Neonatal e das Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO) de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCA), durante os meses de maio a agosto de 2019. A UTI Neonatal do Hospital Escola da UFPel é classificada conforme habilitação do tipo II com nove leitos disponíveis, sendo uma importante referência em neonatologia para a cidade de Pelotas e Região (13). A UCINCO é um serviço em unidade hospitalar destinado ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandam assistência contínua, de menor complexidade do que na UTI neonatal, com cinco leitos disponíveis (13). A UCINCA é um serviço em unidade hospitalar cuja infraestrutura física e material permite acolher a mãe e o recém-nascido para prática do método canguru, com repouso e permanência no mesmo ambiente 24 horas por dia até a alta hospitalar, também com cinco leitos disponíveis (14).

A coleta de dados foi realizada por uma profissional de enfermagem, responsável pelo estudo. As informações foram coletadas por meio dos prontuários médicos e, quando não disponíveis, diretamente com a família do RNPT durante a internação. Esta primeira coleta visou obter informações sobre características sociodemográficas e de saúde das mães e as características clínicas do recém-nascido.

Em relação às variáveis maternas, foram coletadas: idade (como variável numérica discreta, posteriormente categorizada em faixas etárias: <25, 25-29, 30-34, 35 ou mais), escolaridade (em anos completos e categorizada em 0-8, 9-11 ou 12 ou mais anos de escolaridade), renda familiar (coletada em salários mínimos e categorizada em <2; 2 ou mais) e paridade (coletada como variável numérica discreta).

Já as variáveis do recém-nascido coletadas foram: sexo (masculino, feminino), tipo de parto (vaginal, cesáreo), idade gestacional, determinada pelo método de Capurro (13) (coletada como variável numérica discreta, posteriormente categorizada em <32, 32-33, 34-36 semanas de gestação), peso ao nascer (descrito de forma contínua e categorizada em <1500, 1500-1999, 2000-2499, 2500 ou mais gramas), Apgar no 1º minuto (apurado de forma contínua e categorizado em <4, 4-6, 7 ou mais), dias de internação hospitalar (recolhido de maneira numérica discreta e classificada em <15, 15-29, 30-44, >45 dias), tipo de leite na alta hospitalar (leite materno, fórmula infantil, misto) e peso no momento da alta hospitalar (coletada como variável numérica contínua e categorizada em 2000-2499, 2500-2999, >3000 gramas).

Após a alta hospitalar, o acompanhamento consistiu-se em uma ligação telefônica imediatamente após a alta do recém-nascido com o objetivo de fazer o primeiro contato fora do ambiente hospitalar e planejar os contatos subsequentes. Estas ligações ocorreram entre os meses de junho e dezembro de 2019. Após o contato inicial, os demais contatos telefônicos aconteceram com intervalo de 15 dias, com 15, 30, 45, 60, 75 e 90 dias após a alta.

Em cada ligação, os pais foram questionados sobre o local de atendimento das consultas subsequentes à alta hospitalar: Ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPel - FAMED, UBS, serviço privado, Ambulatório do Hospital Universitário São Francisco de Paula (HU) ou ambulatório de seguimento, também denominado *follow-up* (FAMED), que é composto por uma rede de cuidado com objetivo de fornecer apoio técnico e integral aos bebês e suas famílias.

Todas as entrevistas foram transferidas para um banco de dados e analisadas através do software Statistical Package to Social Sciences for Windows V21.0 (15). Após análise das inconsistências, caracterizou-se a população estudada por meio da descrição da amostra e cálculo de frequências absolutas e relativas. O teste t de *Student* foi realizado para verificar a associação entre consulta no Ambulatório da FAMED agendada no

momento da alta hospitalar e variáveis de peso ao nascer, idade gestacional, dias de internação hospitalar e peso na alta hospitalar. Foram descritos ainda os locais das consultas médicas referidos pelos pais no momento da ligação de acompanhamento entre aqueles que estavam agendados ou não para consulta no Ambulatório da FAMED e o tipo de leite que estavam ofertando.

Os preceitos éticos previstos foram norteados conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, que dispõe a respeito das Pesquisas com seres humanos (16). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel): Parecer nº 11585519.400005339 de 09 de abril de 2019. Todos os pais que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3. Resultados

Durante os meses de maio a agosto de 2019, identificou-se 30 RNPT que receberam alta nas unidades avaliadas, todos fizeram parte do presente estudo. Na alta hospitalar, dos 30 recém-nascidos acompanhados, 16 (53%) receberam agendamento para consulta médica, no Ambulatório de pediatria da FAMED, 14 (47%) foram encaminhados para o Ambulatório, mas não tiveram suas consultas agendadas. Não houve agendamento para o Ambulatório de seguimento (*follow-up*) da FAMED.

Dos 16 RNPT agendados, na consulta realizada 15 dias após a alta hospitalar, 11 (69%) efetivamente consultaram no Ambulatório de pediatria da FAMED. A aderência permaneceu alta nas consultas subsequentes, sendo de 14 (88%) aos 30 dias e 10 (63%) aos 90 dias. À respeito dos 14 RNPT encaminhados, mas não agendados para consulta no Ambulatório da FAMED, somente 1 (7%) consultou naquele local. Consultaram em outros locais 10 (72%) RNPT nas unidades básicas de saúde e em clínicas privadas 3 (21%) RNPT aos 15 dias após a alta hospitalar.

De acordo com a Tabela 1, que descreve as variáveis sociodemográficas e características biológicas dos recém-nascidos, observou-se, em relação às mães, que 43% tinham até 25 anos de idade, a maioria com 9 a 11 anos de estudos (60%), renda familiar menor do que dois salários mínimos (63%) e eram primíparas (53%).

Em relação às variáveis do recém-nascido, houve a mesma proporção de nascidos de acordo com sexo (50%), 67% nasceram de parto cesáreo e 37% com idade gestacional entre 34 e 36 semanas, 37% nasceram entre 1500 e 1999 gramas e 50% com um Apgar de 7 ou mais. Sobre o momento da alta, todos os recém-nascidos estavam recebendo alimentação via oral; destes, 53% estavam recebendo leite materno exclusivo e 83% estavam com peso entre 2000 e 2999 gramas.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e características biológicas dos recém-nascidos, UCINCO e UCINCA HE/UFPel, Pelotas-RS, 2019

Variável	N	%
Idade materna (anos)		
<25	13	43,4
25-29	6	20,0
30-34	7	23,3
35 ou mais	4	13,3
Escolaridade materna (anos completos)		
0-8	8	26,7
9-11	18	60,0
12 anos ou mais	4	13,3

Variável	N	continuação
		%
Renda familiar (SM)		
<2	19	63,3
2 ou mais	11	36,7
Paridade		
1	16	53,4
2	9	30,0
3	4	13,3
4 ou mais	1	3,3
Sexo		
Feminino	15	50,0
Masculino	15	50,0
Tipo de parto		
Vaginal	10	33,3
Cesáreo	20	66,7
Idade gestacional (semanas)		
<32	9	30,0
32-33	10	33,3
34-36	11	36,7
Peso ao nascer (gramas)		
<1499	8	26,7
1500-1999	11	36,6
2000-2499	5	16,7
2500 ou mais	6	20,0
APGAR 1º minuto		
<4	5	16,7
4-6	10	33,3
7 ou mais	15	50,0
Dias de internação hospitalar		
<15	6	20,0
15-29	10	33,4
30 ou mais	14	46,6
Tipo de leite na alta hospitalar		
Leite materno	16	53,3
Fórmula infantil	5	16,7
Misto	9	30,0
Peso na alta hospitalar (gramas)		
2000-2499	13	43,3
2500-2999	12	40,0
>3000	5	16,7

*SM: Salários mínimos.

A Tabela 2 descreve o valor médio de algumas variáveis do recém-nascido durante a internação hospitalar, distinguindo os que receberam agendamento daqueles que foram somente encaminhados. Observou-se que a média de peso ao nascer foi menor entre aqueles que, no momento da alta hospitalar, tiveram sua consulta agendada na FAMED (1729 vs. 2149 gramas, $p=0,069$), e estes tiveram maior tempo de hospitalização (44 vs. 28 dias, $p=0,193$). Não houve diferença quanto a idade gestacional, avaliada pelo método de Capurro (224 vs. 228 dias) e o peso no momento da alta hospitalar (2752 vs. 2661 gramas).

Tabela 2 – Descrição de peso ao nascer, idade gestacional, dias de internação hospitalar e peso na alta hospitalar, entre agendados e não agendados. Pelotas, 2019
FAMED: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Variáveis	Consulta agendada no ambulatório FAMED		Valor-p
	Sim	Não	
	Média (DP)	Média (DP)	
Peso ao nascer	1729 (637)	2149 (573)	0,069***
Idade gestacional	224 (21)	228 (24)	0,648***
Dias de internação hospitalar	32* (29)	17* (32)	0,193**
Peso na alta hospitalar	2752 (683)	2661 (806)	0,740***

* Mediana. ** Teste *Manwhitney*. ***Teste T de *student*.

4. Discussão

Os recém-nascidos que recebem cuidados nas UTI Neo, além de ter como objetivo de dar alta a uma criança preparada para ter uma vida sem seqüelas, também deve proporcionar a capacitação e o amadurecimento emocional da família, para receber esse bebê após a alta hospitalar (17). Há um consenso na literatura de que recém-nascidos de risco, incluindo os RNPT, devem ser acompanhados de forma diferenciada, sistemática e frequente (18). Neste sentido, são sugeridos programas estruturados e especializados de seguimento, 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 (19-20).

A prematuridade está associada com a mortalidade perinatal e com as dificuldades imediatas ou tardias no decorrer da vida do recém-nascido. Dados da organização mundial da saúde revelam que mais da metade das crianças que foram a óbito por decorrência das complicações de um nascimento pré-termo (2).

Para acompanhar o desenvolvimento das crianças os serviços de acompanhamento após a alta hospitalar, inicialmente, devem ser norteados pelo Método Mãe Canguru (MMC), implementado em instituições de saúde no Brasil a partir da década de 90 e reconhecido como uma política pública de saúde, através da portaria nº 693. O mesmo prevê entre outras abordagens a assistência multidisciplinar neonatal para crianças com baixo peso ao nascer após a alta hospitalar até as 40 semanas de idade gestacional corrigida (21). A assistência deve ocorrer nos ambulatórios de seguimento no tempo correto, quando a criança necessite, sem agendamento prévio, verificando o crescimento e desenvolvimento da criança e assim corrigindo situações de risco (21).

O *follow-up* é classificado como a melhor ferramenta no acompanhamento e avaliação do desenvolvimento dos recém-nascidos de alto risco (22). O programa é um seguimento longitudinal sistematizado, formado por equipes multidisciplinares que acompanham o bebê, auxiliando na identificação e prevenção de doenças dentro da atenção primária (23-24) e contribuindo para definir ações para minimizar atrasos e/ou sequelas de forma diferenciada e precoce (25). Incluem este serviço pediatra, neonatologista, neurologista, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional e assistente social (23).

Segundo dados do serviço, foi verificado que o Ambulatório de *follow-up* FAMED atende uma média de 5 pacientes durante um dia na semana, totalizando 20 pacientes mensais, enquanto que o Ambulatório de pediatria atende, em média, 200 pacientes por mês, sendo 25% das consultas reservadas para pacientes novos. Estes valores podem justificar o fato das consultas dos RNPT terem sido realizadas na pediatria e não, no

Ambulatório de seguimento (*follow-up*), conforme preconizado (11).

As crianças pré-termo que foram agendadas ao ambulatório de pediatria da FAMED efetivamente lá consultaram, com uma exceção, e permaneceram consultando naquele local em consultas subsequentes. Por outro lado, das crianças somente encaminhadas, apenas uma conseguiu consultar. Portanto, é importante que exista orientação quanto a organização do programa de seguimento do prematuro, no sentido de que, este grupo necessita de um atendimento integral e multidisciplinar, superior ao ofertado em uma consulta pediátrica habitual (26).

A literatura também relata que algumas famílias que não participam dos programas de acompanhamento multidisciplinar o fazem em outros serviços, como em UBS ou consultórios particulares de pediatria, cujo atendimento de puericultura é considerado suficiente pelos pais (27). Neste sentido, percebe-se que há desconhecimento sobre a importância e necessidade do seguimento, o que pode contribuir para a não participação ou ainda, para a evasão (27, 28). Verifica-se ainda que os serviços de saúde estão estruturados pela forma fragmentada de cuidado, e isso perpetua atualmente. Em decorrência disso, as famílias e os bebês recebem uma assistência centrada em procedimentos técnicos e somente quando há doença, não sendo assistidos integralmente, pois muitas vezes as suas reais necessidades não recebem atenção necessária (17).

5. Conclusão

A descrição do acompanhamento e das possíveis falhas no agendamento após a alta hospitalar foi atingida, verifica-se que a utilização do ambulatório *follow-up* necessita ser revisto, nos quesitos de seus protocolos de agendamento e oferta de acompanhamento, pois apresentam-se deficitários e não contemplam a demanda. Foi demonstrado que quando esse RNPT já sai com a consulta agendada, acontece a aderência ao seguimento das consultas.

No entanto, uma limitação do presente estudo foi o tamanho amostral. Inicialmente, esperava-se acompanhar um número maior de RNPT, o que acabou se tornando inviável, pois o tempo de internação dos RNPT foi maior do que o esperado.

Este estudo deflagra a necessidade de haver uma padronização no fluxo da alta do RNPT, direcionando o mesmo para o Ambulatório de Pediatria e ou para o Ambulatório *follow-up da FAMED*, na alta hospitalar, pois os RNPT e suas famílias necessitam de um acompanhamento digno para enfrentar as dificuldades impostas pelas intercorrências oriundas da prematuridade.

6. Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 520 p.
2. WHO. World Health Organization. [Internet]. Preterm birth. 2018 - [citado em 2020 fev 02]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/pretermbirth>.
3. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet*. 2019; 7(1): 37-46.
4. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. *The Lancet*. 2012; 379(9832): 2162-2172.
5. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet* 2016; 388(10063): 3027-3035.
6. Morken NH. Preterm birth: new data on a global health priority. *The Lancet*. 2012; 379(9832): 2128-2130.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
8. Rugolo LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J Pediatr.* 2005; 81(1): 101-110.
9. Salt A, Redshaw M. Neurodevelopmental follow-up after preterm birth: follow up after two years. *Early Hum Dev.* 2006; 82(3): 185-197.
10. Ferraz ST, Frônio JS, Neves LAT, Demarchi RS, Vargas ALA, Ghetti FF, et al. Programa de follow-up de recém-nascidos de alto risco: relato da experiência de uma equipe interdisciplinar. *Revista APS.* 2010; 13(1): 133-139.
11. Strelow NC. Avaliação do acompanhamento clínico de recém-nascidos pré-termo egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital universitário no sul do Brasil [Dissertação]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas, Mestrado Profissional em Saúde no Ciclo Vital; 2020.
12. Pereira AS, Shitsuka DM, Parreira FJ, Shitsuka R. Metodologia da pesquisa científica. Santa Maria. [Internet]. Ed. UAB/NTE/UFSM; 2018 - [citado em 2020 dez 25]. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_MetodologiaPesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.
13. EBSEH. Diretoria de Atenção a Saúde e Gestão de Contratos EBSEH Hospital Escola UFPEL. Dimensionamento de Serviços Assistenciais e da Gerência de Ensino e Pesquisa [Internet]. Brasília, Brasil; 2014 - [citado em 2020 fev 02]. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/dimensionamento>.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Critérios de classificação e habilitação de unidade neonatal no âmbito SUS. [Internet]. Brasil, 2012 - [citado em 2020 fev 02]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html.
15. SPSS. Statistical Package to Social Sciences for Windows V21.0, 2020. [Internet] - [citado em 2020 jan 21]. Disponível em: <https://www.ibm.com/support/pages/spssstatistics-210-available-download>.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS Nº 466. Conselho Nacional de Saúde. [Internet]. Brasília, Distrito Federal, 12 dez. 2012 - [citado em 2020 dez 02]. Disponível em: bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
17. Klossowski DG, Godói VC, Xavier CR, Fujinaga CI. Assistência Integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. *CEFAC.* 2016, 18(1): 137-150.
18. BRASIL. 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; 2004.
19. WHO. World Health Organization. Recommendations on postnatal care of the mother and newborn 2013. [Internet] - [citado em 2020 fev 20]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en.
20. 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): 907-916.
21. Ferreira MB, Monteiro DR, Souza TC. Em busca da humanização na UTI neonatal: método mãe canguru. *Research, Society and Development.* 2020; 9(11): e3089119631.
22. Sobaih BH. Neonatal follow-up program: Where do we stand? *Sudan J Paediatr.* 2012; 12(1): 21-26.
23. Formiga CKMR, Linhares MBM. Follow-up do desenvolvimento do bebê de risco. In: Sarmento JV, Carvalho FA, Peixe AAF (Orgs). *Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia.* Barueri: Manole 2011; 556-573.
24. Adams M, Borradori-Tolsa C, Bickle-Graz M, Grunt S, Weber P, Capone Mori A et al. Follow-up assessment of high-risk newborns in Switzerland. *Pediatrics* 2014; 25(5): 6-10.
25. DATASUS. Nascidos vivos - Brasil: Nascimento por ocorrência por região segundo duração gestacional no ano de 2018. 2020. [Internet] - [citado em 2020 dez 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> 2020.
26. SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco. Porto Alegre: SBP; 2012.
27. Frônio SJ, Neves LAT, Ferraz ST, Demarchi RS, Vargas ALA. Análise da evasão em serviço de follow-up de recém-nascidos de alto risco. *HU Revista.* 2009; 35(3): 219-226.
28. Magalhães LC, et al. Documentando evasão em um programa de acompanhamento do desenvolvimento infantil-infante. *Revista Neuropsiquiatria Infância e Adolescência.* 2020; 10(1): 10-17.