

PROGRAMA DE FOLLOW-UP DE RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO: RELATO DA EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Follow-up program of high risk neonates: report of the experience of an interdisciplinary team

Sabrine Teixeira Ferraz¹, Jaqueline da Silva Frônio², Luiz Antônio Tavares Neves³,
Renata Santiago Demarchi⁴, Ana Lúcia de Almeida Vargas⁵, Fabiana de Faria Ghetti⁶, Maria Stella Tavares Filgueiras⁷

RESUMO

O avanço da Neonatologia nas últimas décadas trouxe grandes mudanças na assistência ao recém-nascido, levando a um aumento na sobrevivência de neonatos que apresentarão um alto risco para o surgimento de sequelas no desenvolvimento neuropsicomotor. Quando se comparam crianças prematuras com as nascidas a termo, é possível observar diferenças marcantes nas habilidades cognitivas, na performance escolar, no comportamento, entre outras. Dessa forma, o acompanhamento clínico dessas crianças, durante os primeiros anos de vida, é essencial para que haja a detecção precoce de alterações no desenvolvimento e as intervenções necessárias, além da identificação das necessidades da família e a orientação dos pais quanto às dificuldades que enfrentarão nos cuidados com essas crianças. Esse tipo de serviço é chamado de *follow-up* e sua implantação é recomendada pela Organização Mundial de Saúde, mas, infelizmente, a rede de assistência prestada aos bebês que recebem alta das UTIs Neonatais ainda é deficiente em nosso país. Há cerca de sete anos, foi criado, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, um programa de *follow-up* de recém-nascidos de alto risco, que

ABSTRACT

The advance of Neonatology in the last decades has brought great changes to neonatal care, leading to an increase in the survival rates of neonates which will present a high risk of neurodevelopmental impairment. When we compare premature children with those born at term, it is possible to observe clear differences in cognitive abilities, school performance, behavior, etc. Thus, clinical assessment of these children during the first years of life is essential. This strategy can provide early detection of neurodevelopmental disabilities, propose timely interventions, identify psychological needs of families and parents, and provide advice regarding the difficulties that they will face in the care of their children. This service is called follow-up, and the World Health Organization recommends its implantation, but unfortunately the chain of care provided to the babies who have received high-quality care in Neonatal Intensive Care Units is deficient in Brazil. About seven years ago, the University Hospital/Health Care Center of the Federal University of Juiz de Fora created a follow-up program for high-risk neonates, which attends children from Neonatal

¹ Sabrine Teixeira Ferraz, médica graduada pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Residente em Pediatria pelo Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Email: sabrine.ufjf@gmail.com

² Jaqueline da Silva Frônio, fisioterapeuta. Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil.

³ Luiz Antônio Tavares Neves, Doutor em Medicina da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz. Professor de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Coordenador do estágio de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Coordenador do serviço de Follow-up de Recém-nascidos de alto risco do CAS-UFJF.

⁴ Renata Santiago Demarchi, fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Membro da equipe de Follow-up de Lactentes de Risco HU/CAS

⁵ Ana Lúcia de Almeida Vargas, assistente Social. Mestre em Saúde Coletiva pela UERJ/IMS. Assistente Social do HU/CAS/UFJF

⁶ Fabiana de Faria Ghetti, nutricionista pela Universidade Federal de Viçosa/MG - Especialista em Nutrição Clínica pela São Camilo/RJ. Nutricionista do Hospital Universitário - UFJF

⁷ Maria Stella Tavares Filgueiras, psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-Rio. Ex Profa. Adjunta do Departamento de Psicologia do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora e atual Prof^a Colaboradora do Mestrado em Psicologia e do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de Juiz de Fora.

atende crianças egressas das UTIs Neonatais de Juiz de Fora e Zona da Mata. Desde sua criação, o programa cadastrou 356 pacientes. As crianças são acompanhadas até os cinco anos de idade por uma equipe interdisciplinar, composta por médicos (Pediatras Neonatologistas), enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, psicólogos e profissionais afins. O presente artigo tem por objetivo relatar a experiência dessa equipe interdisciplinar no atendimento dessas crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-Nascido Prematuro. Recém-Nascido de Baixo Peso. Asfixia Neonatal. Grupos de Risco.

INTRODUÇÃO

Os avanços científicos em Neonatologia das últimas décadas trouxeram grandes mudanças na assistência ao recém-nascido, levando a um significativo aumento na sobrevivência de prematuros, recém-nascidos de baixo peso ou daqueles que sofreram intercorrências graves como asfixia perinatal, sepsis neonatal, enterocolite necrotizante, doença de membrana hialina, displasia broncopulmonar, etc. No entanto, na medida em que bebês cada vez mais jovens e menores sobrevivem, surge o problema das morbidades enfrentadas por essas crianças no decorrer de seu crescimento.

Infelizmente não existem evidências de que a incidência de sequelas neuropsicomotoras em crianças com extremo baixo peso ao nascer modificou-se desde a década de 1970.¹ Na verdade, estudos recentes têm evidenciado que a prevalência de problemas como doença pulmonar crônica, leucomalácia periventricular, perda auditiva e paralisia cerebral vem aumentando nos últimos anos, uma vez que, atualmente, sobrevivem recém-nascidos de risco ainda maior do que no passado.²

Diferenças marcantes no estado de saúde, nas habilidades cognitivas, na performance escolar e no comportamento são vistas quando se comparam crianças nascidas prematuramente com aquelas nascidas a termo.^{3,4} Os prematuros têm um risco aumentado de apresentar alterações no crescimento e no desenvolvimento neuropsicomotor a longo prazo, com maior chance de apresentar algum problema de saúde na infância e podem ter peso e estatura menores que o esperado até a adolescência.^{4,5} Além disso, crianças com muito baixo peso têm maior risco de apresentar dificuldade de aprendizagem em diversas áreas, que também persiste até a adolescência; tal problema pode se apresentar mesmo em crianças que têm, aparentemente,

Intensive Care Units in Juiz de Fora and region. Since its creation, the program registered 356 patients. Follow-up occurs up to the age of five years, and is provided by an interdisciplinary team, composed of physicians (Pediatricians), nurses, physical therapists, audiologists and speech therapists, nutritionists, social workers, psychologists and other professionals. The aim of this article is to report the experience of this interdisciplinary team in the care of these children.

KEYWORDS: Premature Neonate. Low Birth Weight Neonate. Neonatal Asphyxia. Risk Groups.

inteligência e desenvolvimento motor normais.^{1,6} Há, ainda, associação com problemas comportamentais, ligados a déficit de atenção, dificuldade de convívio social e menor capacidade de lidar com problema.⁷

São inúmeras as razões para um acompanhamento clínico especializado dessas crianças. Podemos citar a percepção precoce de alterações no desenvolvimento, permitindo o encaminhamento para a intervenção precoce e a prevenção de novas complicações, a identificação de fatores de risco que contribuíram para os danos ocorridos, permitindo a elaboração de estratégias de prevenção e a melhoria dos serviços de cuidados pré, peri e neonatais, a identificação de problemas psicológicos e emocionais na criança ou na família e a orientação dos pais quanto às possíveis dificuldades que enfrentarão nos cuidados com os filhos.^{1,7,8} Este tipo de serviço é chamado de *follow-up*.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a decisão acerca de quais crianças devem ser acompanhadas em um serviço de *follow-up* deve basear-se em fatores como idade gestacional, peso ao nascimento, ocorrência e severidade de patologias peri e neonatais, intervenções recebidas nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) Neonatais, presença de malformações, etc.⁹ O *follow-up* deve preocupar-se em verificar as habilidades cognitivas, funções executivas, habilidades motoras, visão, audição, fala e linguagem, atenção, comportamento e ganhos educacionais.⁴

A idade até a qual essas crianças devem ser acompanhadas em um serviço de *follow-up* especializado ainda é objeto de discussão, pois, embora a grande maioria dos problemas que elas podem vir a apresentar seja previsível, muitos destes raramente são identificados nos primeiros anos de vida.^{7,10} Muitos serviços realizam o *follow-up* até dois anos, mas muitas alterações do desenvolvimento podem se manifestar somente após essa idade, tais como dificuldades

de aprendizagem, transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, problemas de comportamento e de coordenação motora.^{4,7,11,12}

Um estudo recente em nosso meio revelou que existe um acesso muito restrito e baixa estruturação da rede em relação à assistência prestada aos bebês que recebem alta das UTIs Neonatais.¹³ No entanto, para os pais, é fundamental consultar-se com profissionais que tenham um bom conhecimento da história perinatal da criança, das possíveis consequências das intercorrências e com os quais eles tenham um bom relacionamento, o que facilita a discussão dos problemas e dificuldades inerentes ao acompanhamento dessas crianças.¹⁰ O *follow-up* tem o objetivo de acompanhar o desenvolvimento, definindo as ações de acordo com a evolução de cada caso, dando ao mesmo o caráter de vigilância em saúde, com efeitos a médio e longo prazo, características difíceis de serem compreendidas por uma população que só costuma ter acesso ao médico em situações de doença ou emergências.^{14,15} No entanto, é necessário desenvolver ações para garantir o acesso e a continuidade desse acompanhamento especializado, pois existem relatos de que até 52% das crianças atendidas em serviços de *follow-up* apresentam alguma anormalidade do desenvolvimento diagnosticada durante um acompanhamento entre 3 meses a 8 anos.¹⁶

Um dos aspectos inerentes a este trabalho é que a intervenção, quando necessária, não é realizada pela mesma equipe de profissionais que fazem o acompanhamento, o que pode dificultar a verificação dos efeitos do encaminhamento em tempo hábil para os atendimentos necessários. Alguns autores consideram que as orientações passadas aos pais (feito de rotina na maioria dos serviços de *follow-up*) podem ser consideradas como intervenções, mas alguns estudos indicam que a efetividade depende de um treinamento muito sistematizado e nem sempre alcança resultados satisfatórios.^{3,17}

Neste sentido, em março de 2002, foi criado, no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), um programa de *follow-up* de recém-nascidos de alto risco, que atende crianças egressas das UTIs Neonatais de Juiz de Fora e Zona da Mata. Até junho de 2009, o programa havia cadastrado 356 pacientes. As crianças são acompanhadas até os cinco anos de idade por uma equipe interdisciplinar, composta por médicos (Pediatras Neonatologistas), enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, psicólogos e profissionais afins. Dessa forma, o presente artigo tem por objetivo relatar a experiência dessa equipe interdisciplinar no atendimento dessas crianças.

Relato da Experiência e do Funcionamento do Serviço

O ambulatório do programa de *follow-up* de recém-nascidos de alto risco funciona semanalmente, no Centro de Atenção à Saúde (CAS) do Hospital Universitário, sendo atendidas cerca de dez crianças e suas famílias por semana. O ingresso das crianças no programa é feito através do encaminhamento direto realizado pelo profissional responsável por sua alta hospitalar da UTI Neonatal ou Unidade de Cuidados Intermediários. Ocasionalmente, o encaminhamento é feito através de contato telefônico entre o assistente social do bairro ou cidade da criança e o serviço, permitindo a participação daqueles que preenchem o perfil de recém-nascido de alto risco, mas não foram encaminhados logo após a alta.

Um total de 356 crianças já foram cadastradas no projeto em seus sete anos de funcionamento, das quais 15 receberam alta do serviço por completarem a idade de cinco anos. No último ano, foi realizado estudo no qual foi identificada a evasão de 161 pacientes cadastrados, e um trabalho de busca ativa foi desenvolvido com o intuito de convidar suas famílias a retornarem ao ambulatório. Devido a dados cadastrais desatualizados e a mudança de endereço e/ou telefone por diversas famílias, só foi possível o contato com 43 delas, das quais 31 concordaram em retomar o acompanhamento. Desta forma, atualmente encontram-se em acompanhamento 205 crianças e suas famílias.

Ao chegarem para o acompanhamento, a criança e sua família são inicialmente abordadas pela equipe de enfermagem, responsável pela recepção e organização do fluxo de atendimento. Além disso, esses profissionais realizam as medidas antropométricas da criança (estatura, peso, perímetro cefálico, perímetro torácico) e, quando necessário, esclarecem dúvidas acerca de amamentação, higiene e cuidados gerais.

A seguir, a família é conduzida a uma sala de espera organizada pelo serviço de psicologia. Nesse momento, os responsáveis pelas crianças que estão em sua primeira consulta são apresentados ao programa e esclarecidos quanto à importância do mesmo (programa de acolhimento). Enquanto aguardam pelas consultas, os pais têm a oportunidade de trocar experiências entre si e de conviver com outras famílias que vivenciaram as mesmas questões durante a permanência do neonato na UTI. Profissionais de psicologia acompanham de perto e facilitam esse processo, identificando possíveis demandas para um atendimento individual.

As crianças são conduzidas a atendimentos com os diferentes profissionais da equipe de acordo com sua idade

e com as demandas apresentadas. Na primeira visita ao serviço, a criança passa por todos os profissionais com o objetivo uma avaliação inicial dos problemas já existentes e o estabelecimento de um primeiro vínculo entre os pais e os profissionais. Nos primeiros seis meses de vida, as consultas são mensais com a pediatria, a fonoaudiologia, a fisioterapia e a nutrição. Do sétimo ao décimo segundo mês, a criança é vista mensalmente pela pediatria, nutrição e fonoaudiologia, e a cada dois meses pela fisioterapia. A partir do segundo ano de vida, as consultas ocorrem a cada três meses com a pediatria, nutrição e fonoaudiologia, e com a fisioterapia a cada seis meses. Do terceiro ao quinto ano de vida, as consultas são semestrais com a pediatria, nutrição e fonoaudiologia, e com as demais áreas de acordo com a necessidade do caso ou se houver demanda orientada pelos outros profissionais da equipe.

É preciso ressaltar que essa frequência de consultas com as diferentes áreas foi estabelecida considerando o atendimento de crianças com um bom desenvolvimento e sem demanda para um acompanhamento mais intenso, ou seja, são atendimentos para a triagem e o diagnóstico precoce de alterações. Quando surge a necessidade de uma observação mais frequente, os atendimentos são agendados a intervalos menores. O mesmo ocorre com crianças desnutridas ou com necessidade de sessões fisioterápicas: nesses casos, elas são avaliadas pelos profissionais dessas áreas em todos os atendimentos, independentemente de sua idade, além da possibilidade do agendamento de consultas extras para se monitorar o ganho de peso, por exemplo.

Na primeira consulta com o pediatra, é realizada uma revisão das histórias gestacional e perinatal, identificando os agravos ocorridos ao nascimento (asfixia perinatal, aspiração de mecônio, prematuridade, doença da membrana hialina, etc.) e os procedimentos aos quais foram submetidos os pacientes (cateterismo umbilical, ventilação mecânica, fototerapia, antibioticoterapia, etc.), a fim de se verificar os riscos que a criança apresentará em seu desenvolvimento. As consultas incluem uma anamnese e um exame físico voltados principalmente para o desenvolvimento neuropsicomotor, com a aplicação da escala de Denver II18 para a identificação dos marcos de desenvolvimento em cada área (motora, motora fina, pessoal-social e linguagem) e pesquisa dos reflexos pertinentes à idade. Quando necessário, o paciente é encaminhado para outras especialidades médicas, como neuropediatria, oftalmologia, cirurgia pediátrica, etc.

No início do atendimento de Nutrição, o profissional leva em consideração toda a história clínica do recém-nascido, com o objetivo de garantir um aporte de nutrientes

que lhe possibilite um crescimento e desenvolvimento adequados. No período de *follow-up*, a nutrição ideal é a que proporciona ao paciente um ganho de peso dentro do esperado tanto para sua idade cronológica, como para sua idade gestacional corrigida. Em situações onde a mãe mantém a amamentação até por 4 a 6 meses após o parto, o leite materno é utilizado como única fonte alimentar para o recém-nascido. Quando não é possível a amamentação, a família é orientada a alimentá-lo com fórmulas infantis industrializadas. A introdução de outros alimentos segue a idade cronológica da criança, após 4 a 6 meses de vida. Além do planejamento alimentar, o nutricionista utiliza a avaliação do estado nutricional do lactente como parâmetro de monitorização do crescimento físico e da qualidade da assistência prestada. A avaliação dos dados antropométricos (peso, comprimento e perímetro cefálico) permite a identificação dos problemas nutricionais emergentes e a intervenção para melhorar seu prognóstico e minimizar suas consequências.

Na área de Fonoaudiologia, são verificadas variáveis como a anatomia facial, tônus e postura da língua, presença de regurgitação e aspiração, etc. Procura-se dar destaque à avaliação auditiva dessas crianças, visto que fatores relacionados às condições de nascimento (hipóxia) e à permanência na UTI neonatal (uso de aminoglicosídeos e diuréticos de alça) estão relacionados à perda auditiva.¹¹ Os prejuízos causados por um déficit auditivo não diagnosticado precocemente podem ser irreversíveis, afetando não somente a linguagem, mas também o desenvolvimento global da criança. Dessa forma, é dada atenção ao comportamento áudio-verbal dessas crianças, possibilitando o encaminhamento para a intervenção precoce, quando necessária.

A Psicologia atua não somente nas salas de espera, mas também durante as consultas com os demais profissionais da equipe e em acolhimento integrado com a enfermagem na primeira vinda da família, através da observação e a escuta psicanalítica deste. Tem por objetivo avaliar os possíveis danos psíquicos causados pelo tempo de internação nas UTIs, acompanhar o desenvolvimento da criança, promover o vínculo mãe-bebê ou cuidador-bebê e a socialização da criança, escutar os pais em suas questões e angústias pela perda do filho idealizado. Quando é identificada uma maior necessidade de atenção psicológica, é feito encaminhamento para serviços externos ao ambulatório do Projeto.

O Serviço Social atua com o objetivo de conhecer a realidade social das famílias das crianças atendidas e assim propor a inserção de seus membros nas políticas públicas a que têm direito. É realizada abordagem social com os responsáveis pela criança e, a partir das demandas apresen-

tadas, são fornecidas as orientações pertinentes. Podem ser citadas a inserção em programas de transferência de renda, como bolsa-família, Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social, programas de auxílio transporte; orientação para constituição de mandados judiciais e petições para fins de garantir a continuidade do tratamento da criança; e encaminhamentos a outros serviços de saúde. O assistente social é o responsável pela busca ativa das crianças ausentes nos atendimentos e atua, ainda, no momento da alta da criança no Programa, orientando os responsáveis e realizando os encaminhamentos necessários.

A atuação da Fisioterapia visa o acompanhamento e detecção precoces de alterações no desenvolvimento neuromotor dos usuários do serviço. São investigados aspectos relacionados ao tônus, alinhamento biomecânico/postural, movimentação, equilíbrio e coordenação. Para isto, são realizadas medidas, testes e utilizadas escalas de avaliação confiáveis. Atualmente são aplicadas a Alberta Infant Motor Scale (AIMS)^{19,20} e o Test of Infant Motor Performance (TIMP).^{21,22} As avaliações são realizadas segundo um protocolo previamente definido (citado anteriormente) e as necessidades de cada usuário (alguns casos necessitam de um maior número de avaliações para esclarecimento e acompanhamento adequados). Os pais recebem esclarecimentos e orientações a cada acompanhamento e, se necessário, os usuários são encaminhados para atendimento fisioterapêutico ambulatorial e/ou confecção de equipamentos assistivos (órteses, cadeiras,...), sendo dado suporte aos familiares, juntamente com a psicologia e o serviço social, para que ele receba os estímulos e tratamentos de que necessita.

Quinzenalmente, são realizadas reuniões com toda a equipe onde são discutidas questões diversas relacionadas ao andamento do serviço, tais como dificuldades encontradas quanto ao encaminhamento para outras especialidades, funcionamento do fluxo de atendimento, organização de prontuários, realização de projetos de pesquisas, etc. Além disso, essas reuniões também são uma oportunidade para que a equipe interdisciplinar discuta alguns casos mais complexos atendidos no ambulatório, de forma a haver uma troca de opiniões e experiências entre os diferentes profissionais. As trocas entre os profissionais também são feitas segundo as necessidades de cada caso, havendo uma grande facilidade para tal uma vez que os atendimentos são feitos em locais próximos e, às vezes, simultaneamente por mais de um profissional.

Esse programa de *follow-up* tem ainda possibilitado, especialmente no último ano, a realização de projetos de pesquisa com a população atendida e com os profissionais

envolvidos. Esses estudos são essenciais para que haja uma percepção mais global do verdadeiro perfil das crianças que frequentam o programa, e abrem espaço para a discussão de mudanças necessárias para seu melhor funcionamento e adequações. Podemos citar, como exemplo, o estudo conduzido para avaliar a evasão de pacientes, anteriormente mencionada. Essa evasão preocupou os profissionais da equipe, pois verificou-se que as crianças que abandonaram o acompanhamento apresentavam um perfil de alto risco para alterações no desenvolvimento, com predominância de recém-nascidos prematuros (80,12%) e alta prevalência de peso ao nascimento menor que 1500g (43,48%), mas crescimento intrauterino adequado para a idade gestacional (80,75%). As intercorrências neonatais predominantes foram a sepse neonatal (81,37%) e a icterícia com necessidade de fototerapia e/ou ex-sanguineotransfusão (60,25%). A partir dos resultados obtidos, foram instituídas medidas como a busca ativa semanal de crianças que não compareceram à consulta e a atualização periódica dos dados para contato com as famílias cadastradas (endereço e telefone). Além disso, foi definido que os profissionais, em especial os da psicologia que são os responsáveis pelo trabalho da sala de espera, devem trabalhar mais clara e frequentemente com os pais a importância do acompanhamento de seus filhos neste tipo de serviço, esclarecendo as possíveis dúvidas existentes. Os achados deste estudo resultaram em um manuscrito que foi encaminhado em abril de 2009 para publicação em periódico científico e encontra-se em fase de análise. Outros dois estudos estão em processo de análise e publicação em periódicos científicos: “Estudo da prevalência de morbidades e complicações neonatais segundo o peso ao nascimento e a idade gestacional em lactentes de um serviço de *follow-up*” e “Percepções sobre a Integralidade: equipe do Projeto Follow up de Recém-nascidos de Alto Risco CAS/HU-UFJF”.

A partir da criação do programa em 2002, iniciou-se a busca do aprimoramento da equipe envolvida, com a adesão de novos profissionais. A iniciativa, que partiu de pediatras neonatologistas, passou a contar com o apoio de profissionais de outras áreas, levando ao surgimento de uma equipe multidisciplinar. No final de 2007, houve uma grande reestruturação do projeto e da equipe (inclusive com alteração de um dos coordenadores), em que muitas mudanças foram adotadas na forma e modelo do trabalho da equipe. Estão sendo tomadas medidas mais claras para o registro dos dados dos usuários, com a montagem de um banco informatizado, que permitirá análises mais detalhadas e aprofundadas das ações do programa. A conquista de espaço perante a instituição ocorreu de forma gradual,

pois na medida em que mais famílias aderiram ao programa foi se estabelecendo um reconhecimento do trabalho proposto. Embora ainda existam questões a serem resolvidas, no que diz respeito à tomada conjunta de decisões entre a equipe e a direção, os profissionais consideram que houve um avanço, com a conquista de mais salas no HU/CAS. Atualmente, também vêm sendo implantadas ações no HU/CAS voltadas para o acompanhamento de lactentes de alto risco através do Programa Viva-Vida, lançado pelo governo do Estado de Minas Gerais, o qual vai ao encontro do programa aqui descrito. Apesar de uma equipe diferente ter sido contratada para tal, pretende-se desenvolver ações para que haja integração entre as duas equipes e que os usuários possam se beneficiar ainda mais com a ampliação do número de dias de atendimento.

Até o momento, os resultados obtidos têm correspondido às expectativas de programas de *Follow-up*. Um total de quinze crianças receberam alta do serviço no último ano por terem atingido a idade de cinco anos e estarem assintomáticas, ou com algum diagnóstico de alterações no desenvolvimento, mas já devidamente encaminhadas e tratadas em todas as suas demandas (por exemplo, em acompanhamento fisioterapêutico, fonoaudiológico, etc.). O índice de satisfação das famílias atendidas é bastante elevado, tanto no que diz respeito à qualidade do atendimento quanto aos ganhos no desenvolvimento alcançados por seus filhos. O programa também tem obtido sucesso no encaminhamento de todos os casos que necessitam de tratamentos (fisioterapia, psicologia,...), avaliações por profissionais específicos (oftalmologista, neurologista,...) ou equipamentos assistivos (órteses, cadeiras de posicionamento,...), mesmo para os moradores de outras cidades. Os profissionais da equipe reconhecem a necessidade de melhorias relacionadas à busca de maior interdisciplinaridade e agilidade na resolução de problemas, mas apontam para grandes avanços alcançados nos últimos anos de funcionamento do programa.

No que diz respeito aos efeitos sobre o desenvolvimento dos usuários, é preciso lembrar que, mesmo em crianças com patologias definidas, o prognóstico varia muito em função de fatores familiares, cooperação da criança, recursos financeiros, qualidade do tratamento de reabilitação e o potencial intrínseco de cada criança, justificando sempre a intervenção o mais precoce possível.^{3,14,17} Além disso, estudos mostram que programas de intervenção precoce para crianças prematuras têm uma influência positiva no componente cognitivo a curto e médio prazo^{3,23} e no componente motor.¹⁷ Ainda que a criança tenha um comprometimento motor severo, o déficit intelectual pode não existir primariamente, vindo a se instalar muitas vezes

posteriormente devido à falta de estímulos sensoriais e de oportunidades de descobrir o meio que o cerca, o que pode ser evitado com orientações e um tratamento adequado, iniciado em tempo hábil.¹⁴ Por uma organização inadequada dos dados, mudanças recentes na equipe e na forma de trabalho do programa, ainda não foi possível quantificar os efeitos sobre o desenvolvimento dos usuários cadastrados neste programa de *follow-up*. Como já citado anteriormente, medidas foram tomadas para viabilizar futuras análises sobre estes e outros aspectos específicos.

Com este trabalho interdisciplinar, podem-se identificar precocemente alterações no desenvolvimento dos lactentes de alto risco e encaminhar, em tempo adequado, para os tratamentos necessários, tornando o prognóstico mais promissor. Também é oferecido, aos familiares/responsáveis, o suporte necessário para que estes compreendam e participem ativamente do processo de acompanhamento/atendimento do lactente. Desta forma, o principal objetivo do *follow-up* pode ser alcançado.

CONCLUSÃO

O acompanhamento de recém-nascidos de alto risco é de indiscutível importância e idealmente deve ser realizado por uma equipe multiprofissional capacitada e integrada. É fundamental que todos os profissionais da área da saúde, inclusive os que atuam na Atenção Primária à Saúde, conheçam esse programa e saibam os recém-nascidos que necessitam desse acompanhamento, de forma a encaminhá-los precocemente ao serviço, uma vez que nem sempre eles são diretamente encaminhados após a alta das UTIs Neonatais ou seus pais não atendem ao encaminhamento feito. O desafio de lidar com uma população exposta a um risco tão elevado de alterações potencialmente graves no desenvolvimento somente pode ser superado através do estabelecimento de um programa bem organizado, com profissionais treinados na identificação precoce de alterações (mesmo que sutis) e de questões não biológicas que envolvem o cuidado dessas crianças e, acima de tudo, dispostos a discutir os casos que vem acompanhando, as falhas do serviço, as atualizações sobre o tema e as demais questões envolvidas na organização do atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Hack M, Flannery DJ, Schluchter M, Cartar L, Borawski E, Klein N. Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med.* 2002 Jan; 346(3):149-57.

2. Wilson-Costello D, Friedman H, Minich N, Fanaroff AA, Hack M. Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight in the 1900s. *Pediatrics*. 2005 Apr; 115(4):997-1003.
3. Msall ME, Park JJ. The spectrum of behavioral outcomes after extreme prematurity: regulatory, attention, social, and adaptive dimensions. *Semin Perinatol*. 2008 Feb; 32:42-50.
4. Salt A, Redshaw, M. Neurodevelopmental *follow-up* after preterm birth: follow up after two years. *Early Hum Dev*. 2006 Mar; 82 (3):185-97.
5. Rugolo LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J Pediatr (Rio J)*. 2005 mar; 81(1, suppl. 1):101-10.
6. Rodrigues MCC, Mello RR, Fonseca SC. Dificuldade de aprendizagem em escolares de muito baixo peso ao nascer. *J Pediatr (Rio J)*. 2006 Fev; 82(1):6-14.
7. Hille ET, den Ouden AL, Saigal S, Wolke D, Lambert M, Whitaker A, *et al*. Behavioral problems in children who weigh 1000 g or less at birth in four countries. *Lancet*; 2001 May; 357(9269):1641-3.
8. Baraldi E, Filippone M. Chronic lung disease after premature birth. *N Engl J Med*. 2007 Nov; 357(19):1946-55.
9. Kumar, P. *Follow-up* of high risk neonates. WHO Collaborating Centre for Training and Research in Newborn Care. 2008.[Citado em 2009 Feb.]. Disponível em: http://www.newbornwhocc.org/pdf/Follow-up_of_High_Risk_Neonates_050508.pdf.
10. Dorling JS, Field DJ. Follow up of infants following discharge from the neonatal unit: Structure and process. *Early Hum Dev*. 2006 Mar; 82(3):151-6.
11. Uchôa NT, Procianoy RS, Lavinsky L, Sleifer P. Prevalência de perda auditiva em recém-nascidos de muito baixo peso. *J Pediatr (Rio J)*. 2003 abr.; 79(2):123-8. Natacha T. Uchôa¹, Renato S. 2, Luiz Lavinsky³, Pricila Sleifer⁴
12. Wood NS, Marlow N, Costeloe K, Gibson AT, Wilkinson AR Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. EPICure Study Group. *N Engl J Med*. 2000 Aug; 343(6):378-84.
13. Meio MDBB, Magluta C, Mello RR, Moreira MEL. Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2005 mar/abr; 10(2):299-307.
14. Silva OPVS. Novo Manual de *Follow-up* do Recém-Nascido de Alto-risco. Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 1995. [Citado em 2009 Jun 21]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/follow_up/index.html
15. Souza N, Sardessai V, Joshi K, Joshi V, Hughes M. The determinants of compliance with an early intervention programme for high-risk babies in India. *Child Care Health Dev*. 2006 Jan; 32(1):63-72
16. Resegue R, Puccini RF, Silva EM. Risk factors associated with developmental abnormalities among high-risk children attended at a multidisciplinary clinic. *São Paulo Med J*. 2008 Jan; 126(1):4-10.
17. Nair MK, Philip E, Jeyaseelan L, George B, Mathews S, Padma K. Effect of child development centre model early stimulation among at-risk babies: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr*. 2009 Jan; 46(suppl. 1):20-6.
18. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: A major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics*. 1992 Jan; 89(1):91-7.
19. Darrah J, Piper M, Watt MI. Assessment of gross motor skills of at risk infants: predictive validity of the alberta infant motor scale. *Dev Med Child Neurol*. 1998 July; 40(7):485-91.
20. Piper MC, Darrah J. Motor assesement of developing infant. Philadelphia: WB Saunders; 1994.
21. Campbell SK. The test of infant motor performance: test user's manual version 2.0. Chicago: Performance Scales; 2005.
22. Campbell SK, Hedeker D. Validity of the Test of Infant Motor Performance for discriminating among infants with varying risk for poor motor outcome. *J Pediatr*. 2001 Oct; 139(4):546-51.
23. Spittle A, Orton J, Doyle LW, Boyd R. Early developmental intervention programs post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, n. 2, 2007. [Citado em: 2009 June 21]. Disponível em: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab005495.html>

Submissão: março de 2009

Aprovação: agosto de 2009
