



Análise da evasão em serviço de *follow-up* de recém-nascidos de alto risco

Jaqueline da Silva Frônio*
Luiz Antônio Tavares Neves**
Sabrine Teixeira Ferraz***
Renata Santiago Demarchi*
Ana Lúcia de Almeida Vargas****

RESUMO

O presente estudo verificou os motivos para a evasão do serviço de Follow-up de Recém-Nascidos de Risco do HU – Centro de Atenção à Saúde (CAS) /UFJF, além de traçar o perfil das famílias e crianças evadidas. Foi realizado um levantamento nos prontuários do programa, identificando-se a evasão de 161 crianças. Seus prontuários foram analisados na busca de dados sobre condições de nascimento, intercorrências no período neonatal, idade na evasão e tempo de seguimento, e situação socioeconômica. Foi feito contato telefônico com as famílias para aplicação de questionário acerca dos motivos para a evasão, opinião e acesso ao serviço. As crianças acompanhadas apresentaram altos índices de intercorrências perinatais com risco potencial de alterações futuras no desenvolvimento neuropsicomotor. A idade média na evasão foi de 14,73 meses e o tempo de acompanhamento de 11,39 meses. Apenas 42 famílias puderam ser contatadas por problemas de dados desatualizados no prontuário. Destas, 47,62% relataram dificuldade de acesso e 11,90% insatisfação com o serviço. Os principais motivos para evasão foram acompanhamento em outro serviço, não remarcação de consulta após uma falta e o fato de a família não julgar necessário o acompanhamento. Neste tipo de serviço, deve-se dedicar maior atenção para o esclarecimento dos pais sobre a importância do acompanhamento de seus filhos e deve haver uma sistemática mais eficaz de busca ativa das crianças ausentes e de identificação de situações que dificultem o acesso da criança e seus familiares ao serviço.

Palavras-chave: Evasão do Paciente. Continuidade da Assistência ao Paciente. Prematuro. Recém-Nascido de Baixo Peso. Asfixia Neonatal.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos ocorreram avanços impressionantes no campo da Neonatologia, o que permitiu a sobrevivência de muitos recém-nascidos, que no passado teriam ido a óbito (DORLING; FIELD, 2006; MARLOW et al., 2005). Atualmente, alguns recém-nascidos, com idades gestacionais de 23 a 26 semanas, sobrevivem. O que representa 8 a 10 semanas a menos do que naqueles em que patologias graves e frequentes, relacionadas à prematuridade e à necessidade de suporte em terapia intensiva (BARALDI; FILIPPONE, 2007). No entanto, ao avaliar as condições de saúde da referida população é preciso considerar não somente a taxa de sobrevivência, mas também a prevalência de sequelas e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor (DORLING; FIELD, 2006). Infelizmente, não existem evidências

de que a incidência dessas sequelas em crianças com extremo baixo peso ao nascer se modificou desde a década de 1970 (HACK et al., 2002).

Crianças que nasceram prematuras tem chance maior de apresentar algum problema de saúde a curto ou a longo prazo (SALT; REDSHAW, 2006). As que apresentam extremo baixo peso ao nascer tem uma menor chance de se graduar, possuem menor quociente de inteligência (QI) e tem maior incidência de intercorrências médicas crônicas, em parte por alterações neurosensoriais e peso abaixo do normal (HACK et al., 2002). Entre os quatro domínios que devem ser acompanhados de perto nessas crianças (cognitivo, neuromotor, audição e visão), a incapacidade mais comum ocorre no componente cognitivo (HILLE et al., 2001; MARLOW et al., 2005). A dificuldade

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia – Juiz de Fora, MG.

** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Serviço de Pediatria – Juiz de Fora, MG.

*** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina – Juiz de Fora, MG. E-mail: sabrine.ufjf@gmail.com

**** Universidade Federal de Juiz de Fora, Serviço Social – Juiz de Fora, MG.



de aprendizado pode persistir até a adolescência e ocorre mesmo em crianças com inteligência e desenvolvimento neuromotor aparentemente normais, em fases anteriores (HACK et al., 2002).

Existem diversas razões para um acompanhamento clínico especializado dos neonatos, como a percepção precoce de alterações no desenvolvimento, permitindo intervenção breve e prevenção de novas complicações; identificação de fatores de risco, que contribuíram para os danos ocorridos; melhoria dos serviços de cuidados perinatais; 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 (BARALDI; FILIPPONE, 2007; HACK et al., 2002; HILLE et al., 2001). Este tipo de serviço é chamado de *follow-up*.

De forma geral, o *follow-up* está indicado para crianças que receberam cuidados intensivos perinatais ou que estão em grupos de risco, para futuras alterações na área. Existe consenso de que pré-termos extremos (abaixo de 29 semanas) ou com extremo baixo peso ao nascer (menos de 1000g) tem o mais alto risco de alguma incapacidade futura (DORLING; FIELD, 2006). Além disso, patologias como doença respiratória requerendo assistência ventilatória, doença pulmonar crônica, meningite, enterocolite necrotizante e hidrocefalia pós-hemorragica – mais comuns em prematuros, mas não exclusivas deles – também representam um alto risco para alterações no desenvolvimento (DORLING; FIELD, 2006).

A idade até a qual as 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 raramente são identificados nos primeiros anos de vida (DORLING; FIELD, 2006; HILLE et al., 2001). Muitos serviços realizam o *follow-up* até dois anos de idade, no entanto, várias alterações do desenvolvimento podem se manifestar somente após essa idade, bem como dificuldades de aprendizagem, transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, problemas de comportamento e coordenação motora (HILLE et al., 2001; SALT; REDSHAW, 2006; UCHÔA et al., 2003; WOOD et al., 2000).

Aos 30 meses de idade corrigida, alterações nos campos visual, auditivo, cognitivo ou neuromotor estão presentes em até metade das crianças com extremo baixo peso ao nascer, sendo que um quarto delas apresentam incapacidades severas (WOOD et al., 2000). Contudo, um recente estudo revelou que 24% das crianças identificadas como “sem incapacidade” aos 30 meses de idade corrigida acabam

apresentando alguma incapacidade moderada ou severa no futuro (MARLOW et al., 2005; VOHR; ALLEN, 2005). De forma geral, pode-se dizer que quanto mais se estender o *follow-up* mais detalhada será a avaliação das consequências dos fatores de risco no funcionamento neuropsicológico, no ganho educacional e nas dificuldades de coordenação motora mais complexas (DORLING; FIELD, 2006; SALT; REDSHAW, 2006). Além disso, torna-se possível observar as influências das incapacidades na qualidade de vida, na saúde e no ajuste social (MOS-TER; LIE; MARKESTAD, 2008; RUGOLO, 2005; SALT; REDSHAW, 2006).

Apesar disso, há consenso quanto à importância do acompanhamento diferenciado a neonatos, lactentes e crianças que apresentaram fatores de risco para alterações no desenvolvimento, e a Organização Mundial de Saúde tem recentemente estabelecido protocolos para a realização do acompanhamento (KUMAR et al., 2008). Neste sentido, há cerca de seis anos 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 Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) neonatais de Juiz de Fora e Zona da Mata. As crianças são acompanhadas até os cinco anos de idade por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos (Pediatras / Neonatologistas), enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, psicólogos e profissionais afins. Desde sua criação, o programa cadastrou cerca de 340 pacientes. Todavia, muitas crianças deixaram de frequentar o ambulatório ao longo desses seis anos, faltando às consultas de retorno.

A evasão é um fenômeno esperado em programas de *follow-up* e é mais prevalente quanto mais longo for o período do acompanhamento (SALT; REDSHAW, 2006). Em alguns estudos foi reportado que a dificuldade no *follow-up* dessas crianças está mais ligada a baixas condições socioeconômicas e baixo nível educacional materno, ocorrendo com mais frequência em crianças com incapacidade severa (HILLE et al., 2001; MARLOW et al., 2005). No entanto, dada a clara importância do seguimento das crianças até a idade educacional, o serviço optou por elaborar e desenvolver estratégias que permitam resgatar os pacientes e diminuir a sua evasão.

Desta forma, foi realizado um estudo com o objetivo de identificar os motivos para a evasão do serviço de *Follow-up* de Recém-Nascidos de Risco do HU – Centro de Atenção à Saúde (CAS)/UFJF e traçar o perfil das famílias e crianças.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Um levantamento nos prontuários dos usuários do programa de *Follow-up* de Recém-Nascidos de Alto Risco do HU-CAS/UFJF foi realizado de julho a agosto de 2008, com o intuito de identificar as crianças que abandonaram o seguimento ambulatorial. O critério de inclusão considerado foi falta à última consulta programada, segundo protocolo do serviço, sem reagendamento posterior em até 30 dias da data da mesma, independentemente da idade da criança ou do tempo de acompanhamento. Foram excluídas da pesquisa crianças que já haviam recebido alta do serviço; crianças cujas famílias comunicaram o desligamento por mudança para outros municípios; e crianças cujas famílias entraram em contato após a falta para re-agendamento da consulta.

Os prontuários das crianças identificadas como evadidas foram analisados para a coleta de dados, a respeito das seguintes variáveis: condições ao nascimento (idade gestacional, peso ao nascer, adequação do peso à idade gestacional), intercorrências peri e neonatais (sepsis, doença da membrana hialina, necessidade de ventilação mecânica, anemia da prematuridade, necessidade de hemotransfusão, icterícia com necessidade de fototerapia, asfixia perinatal, convulsões, alterações em exames de neuroimagem, refluxo gastroesofágico clínico), idade da criança na última consulta no ambulatório; tempo de permanência no acompanhamento, escolaridade dos pais, número de irmãos, número de habitantes na mesma residência e renda familiar mensal.

A respeito das variáveis supra-citadas, valem algumas considerações: a adequação do peso de nascimento para a idade gestacional foi estabelecida de acordo com o gráfico de Battaglia e Lubscheno (BATTAGLIA; LUBCHENCO, 1967); foi considerada como “sepsis” qualquer relato de ocorrência precoce ou tardia, seja confirmada ou presumida; as alterações em exames de neuroimagem incluem os diversos graus de hemorragia intracraniana, leucomalácia periventricular, edema cerebral difuso e malformações do sistema nervoso central; quanto à icterícia, foram considerados os casos em que houve necessidade de fototerapia e/ou exsanguíneotransfusão; asfixia perinatal foi considerada na presença de uma ou mais das seguintes condições: Apgar ≤ 4 no quinto minuto, clínica ou alteração metabólica compatível com síndrome hipóxico-isquêmica, parada cardiorrespiratória documentada (com necessidade de reanimação e medicação) e apnéias de repetição (SILVA, 1995). As demais intercorrências menos prevalentes na amostra foram categorizadas como “outros”.

Através dos números de telefone que constavam nos respectivos prontuários, foram feitas tentativas de

contato (no mínimo duas, em dias e horários diferentes) com cada uma das famílias, nos meses de outubro a dezembro de 2008. Durante o contato, um entrevistador aplicou um breve questionário ao responsável pela criança e, ao final, propôs o agendamento de uma nova consulta, a fim de haver o retorno do paciente ao serviço de *follow-up*. O roteiro da entrevista foi elaborado a partir de reuniões com a equipe do programa, estabelecendo os pontos mais importantes a serem averiguados. Dois entrevistadores foram previamente treinados para a realização da entrevista via telefone e um estudo piloto, com 20 entrevistas, foi realizado para avaliar a necessidade de re-adequação do questionário. Como não se verificou a necessidade de mudanças, os dados das 20 entrevistas foram incluídos na análise do estudo.

O questionário constava de questões abertas e fechadas acerca da impressão do familiar quanto ao serviço de *follow-up*, do acesso e dos motivos principais que levaram à interrupção do acompanhamento. As informações foram categorizadas em alguns pontos centrais que referiam-se a: satisfação/insatisfação com o serviço; dificuldades de acesso; e motivos da evasão, sendo considerados como possíveis motivos a insatisfação com o programa, o acompanhamento em outro serviço, a não remarcação de uma consulta após uma ausência do usuário, falecimento ou internação prolongada do usuário, mudança para outro município ou o fato de a família não julgar necessário o acompanhamento.

As estatísticas descritivas (frequências e médias) foram realizadas por meio do programa StataSoft. A análise foi feita para as variáveis acima descritas de forma quanti-qualitativa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer n.º. 333/2008, o qual segue os princípios da Declaração de Helsinque.

3 RESULTADOS

Foram analisados os prontuários das 340 crianças cadastradas no programa, das quais, 161 (47,35%) foram identificadas como evadidas do ambulatório de seguimento. Dessas, 73 (45,34%) pertenciam ao sexo feminino e 88 (54,66%) ao sexo masculino. A idade média das crianças na época da última consulta ao serviço foi de 14,73 meses (desvio padrão - DP: 12,67), e o tempo médio de permanência em acompanhamento foi de 11,39 meses (DP: 11,96).

A Tabela 1 traz dados relacionados às condições das 161 crianças ao nascimento e às intercorrências durante o período que permaneceram em UTIs Neonatais, Unidades de Cuidados Intermediários ou Enfermarias Neonatais para ganho de peso.



TABELA 1

Condições ao nascimento e inter-corrências neonatais.

Variável		Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<i>Condições ao Nascimento</i>			
Prematuridade		129	80,12
Peso:	≥ 2500g	45	27,95
	≥ 1500g e < 2500g	46	28,57
	≥ 1000g e < 1500g	52	32,30
	< 1000g	18	11,18
Peso x idade gestacional	PIG	24	14,90
	AIG	130	80,75
	GIG	7	4,35
<i>Intercorrências Neonatais</i>			
Sepse neonatal		131	81,37
Doença da Membrana Hialina		39	42,86
Dias em ventilação mecânica	0 dias	57	35,40
	1 a 3 dias	32	19,88
	4 a 14 dias	47	29,19
	> 14 dias	18	11,18
	Não informado	7	4,35
Anemia da Prematuridade		50	31,06
Necessidade de hemotransfusão		30	18,63
Icterícia		97	60,25
Alteração de neuroimagem		65	40,37
Convulsões		20	12,42
Refluxo Gastroesofágico		43	26,71
Asfixia perinatal		26	16,15
Displasia broncopulmonar		23	14,29
Outros		83	51,55

Fonte: Os autores (2009).

O perfil predominante da amostra foi de recém-nascidos prematuros (80,12%), com peso de nascimento menor que 1500g (43,48%) e crescimento intra-uterino adequado para a idade gestacional (80,75%). As inter-corrências neonatais predominantes foram a sepsse (81,37%) e a icterícia com necessidade de fototerapia e/ou ex-sanguineotransfusão (60,25%). Apesar das alterações descritas, grande parte (35,40%) não necessitou de ventilação mecânica.

A Tabela 2 apresenta os dados referentes às condições socioeconômicas das famílias e das crianças que

abandonaram o serviço. Como faltavam informações em alguns prontuários, por preenchimento incompleto ou impossibilidade de obtenção das mesmas (por exemplo, por desconhecimento do informante), nem todas as variáveis puderam ser obtidas para o total de participantes. O número de prontuários, nos quais as informações estavam disponíveis, encontra-se ao lado das variáveis analisadas na tabela. Os dados de renda familiar são apresentados em número de salários-mínimos (s.m.).

TABELA 2

Escolaridade dos pais e renda familiar.

Variável		Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Escolaridade materna (127):	1º grau incompleto	42	33,07
	1º grau completo	25	19,69
	2º grau incompleto	16	12,60
	2º grau completo	38	29,92
	3º grau incompleto	5	3,94
	3º grau completo	1	0,78
Escolaridade paterna (107):	1º grau incompleto	27	25,23
	1º grau completo	34	31,76
	2º grau incompleto	10	9,36
	2º grau completo	29	27,10
	3º grau incompleto	3	2,80
	3º grau completo	4	3,75
Renda Familiar (96):	≤ 1 s.m.	51	53,12
	> 1 e ≤ 3 s.m.	35	36,46
	> 3 s.m.	10	10,42

Fonte: Os autores (2009).



Observa-se que a maioria das mães (52,76%) e dos pais (56,99%) tinham até o primeiro grau completo. A renda familiar é predominantemente menor ou igual a 1 salário-mínimo (53,12%).

Os dados acerca do número de irmãos da criança estavam disponíveis em 148 prontuários dos participantes, sendo encontrada uma média de 1,07 irmãos (DP: 1,43). Quanto ao número de habitantes na residência, a informação foi encontrada em 115 dos prontuários analisados, nos quais, em média, haviam 3,38 (DP: 1,99) por domicílio.

Foram realizadas tentativas de contato telefônico com todas as 161 famílias, sendo possível localizar apenas 42 delas. Os principais motivos para não localização dos demais participantes foram o preenchimento incompleto do prontuário e a mudança de endereço e/ou telefone da família. Foi aplicado o questionário às 42 famílias localizadas, cujos resultados quanto à frequência das respostas estão apresentados na Tabela 3. Além disso, foi proposto o agendamento de uma nova consulta para retorno do paciente ao seguimento, o que foi aceito por 29 famílias (69,05%).

TABELA 3
Insatisfação, dificuldade de acesso e motivos para a evasão.

Variável		Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Dificuldade de acesso ao serviço	Sim	20	47,62
	Não	22	52,38
Insatisfação com o serviço	Sim	5	11,90
	Não	37	88,10
Motivo principal para a evasão	Acompanhadas em outro serviço	13	30,95
	Faltou à consulta e não marcou	11	26,19
	Não julga necessário o acompanhamento	10	23,81
	Falecimento, internação, mudança de município	7	16,67
	Insatisfação com o serviço	1	2,38

Fonte: Os autores (2009).

A dificuldade de acesso ao serviço (localização do hospital, horário de trabalho dos pais e dos ambulatórios) foi apontada por 47,62% dos entrevistados. Já a insatisfação com o serviço (demora no atendimento, insatisfação com um dos profissionais) foi relatada por apenas 11,90% das famílias. O motivo principal para a evasão foi o acompanhamento em outro serviço (30,95%), como, por exemplo, em Unidade Básica de Saúde ou Pediatra em consultório particular, sendo que foram encontrados muitos relatos de pais indicando que consideravam o atendimento de puericultura suficiente para as necessidades de seus filhos.

4 DISCUSSÃO

Como já destacado anteriormente, a elevada prevalência de sequelas em nascidos com alto risco – sejam eles prematuros, de baixo peso ou a termo que apresentaram complicações ao nascimento – ressalta a importância do seu acompanhamento especializado e intensivo pelos serviços de saúde (WASSERSTEIN, 2000). A idade até a qual o acompanhamento deve ser realizado ainda não está totalmente esclarecida, mas já existem dados na literatura que apontam para o surgimento ou identificação de alterações neuropsicomotoras, especialmente as cognitivas, somente na idade escolar ou mesmo na adolescência (DORLING; FIELD, 2006; MOSTER; LIE; MARKESTAD, 2008; SALT; REDSHAW, 2006). O ambulatório de *follow-up* de recém-nascidos de alto risco do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora foi criado com o objetivo de fornecer atendimento às crianças, até os cinco anos de idade. No entanto, verificou-se que uma grande proporção dessa

população, inicialmente cadastradas, abandonou o seguimento. A constatação levou a equipe do programa a se autoquestionar quanto à efetividade do serviço oferecido e à qualidade do vínculo estabelecido com as famílias, o que motivou a presente investigação.

O perfil encontrado entre as crianças que abandonaram o seguimento indica que elas apresentam diferentes graus de risco para alterações futuras. A amostra apresenta um percentual elevado de recém-nascidos menores de 1500g, que, segundo dados da literatura, apresentam um risco elevado de necessidade de educação especial, maiores taxas de repetência e deterioração cognitiva, sobretudo, na presença de displasia broncopulmonar, hemorragia intracraniana e sepse (RODRIGUES; MELLO; FONSECA, 2006), inter-corrências muito frequentes em nossa amostra. Estudos encontraram que a incidência de alguma anormalidade neuro-sensorial aos 20 meses de idade corrigida em nascidos com menos de 1.000g foi de 25,0% (WILSON-COSTELLO et al., 2005), com até 18,0% apresentando sequelas graves no segundo ano de vida (RUGOLO, 2005), condição encontrada em 11,18% da nossa amostra. Por fim, um estudo em nosso país com população similar revelou que até 52,0% das crianças acompanhadas em um serviço de *follow-up* semelhante ao do presente estudo apresentaram alguma anormalidade do desenvolvimento diagnosticada durante o acompanhamento entre três meses e oito anos de idade (RESEGUE; PUCCINI; SILVA, 2008). Os achados reforçam a necessidade de diminuir a evasão, de forma a possibilitar o acompanhamento a longo prazo de usuários de serviços de *follow-up*.

Estudos prévios correlacionaram a baixa escolaridade materna e as baixas condições socioeconômicas a um maior risco de evasão dos serviços de *follow-up* (HACK et al., 2002; SALT; REDSHAW, 2006). No presente estudo, observou-se que a maioria das mães e dos pais tem até o primeiro grau completo, o que pode ter influenciado na evasão das crianças. É possível que essas famílias tenham maior dificuldade em compreender a importância do acompanhamento e de enfrentar as possíveis dificuldades inerentes ao mesmo, como a necessidade de realização de exames complementares, a execução de atividades orientadas pelos profissionais, entre outras. Além disso, a baixa renda familiar encontrada na amostra (menor ou igual a um salário mínimo), associada à média de habitantes por residência, permite supor a dificuldade das famílias em prover os recursos necessários para as crianças. Embora a equipe do programa conte com Assistente Social responsável por ajudar as famílias a obter benefícios a que tem direito (Passe Livre, Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social, Bolsa Família etc), não se pode descartar que as condições socioeconômicas podem ter influenciado no abandono do seguimento.

Foi observado também que um grande número de famílias relatou alguma dificuldade de acesso ao serviço de *follow-up* por diferentes motivos. Algumas das situações não podem ser diretamente resolvidas pelos profissionais da equipe, porém, são mais um motivo para que se esclareça aos pais a grande importância do acompanhamento de seus filhos e para que se busquem alternativas que os ajudem a solucionar os problemas enfrentados, de modo a viabilizar a continuidade do acompanhamento. O baixo índice de insatisfação com o serviço, em contrapartida, indica que os profissionais envolvidos estão acrescentando aspectos que satisfazem as expectativas dos pais.

Ao analisar os principais motivos apontados pelos familiares para a evasão do ambulatório, observa-se que boa parte dos pais não percebe a importância do *follow-up*. No sentido de minimizar essa situação, torna-se importante uma abordagem mais eficaz para a conscientização a respeito da situação clínica das crianças e das possíveis consequências a médio e longo prazo. Este trabalho deveria ser feito não apenas pela equipe multidisciplinar do programa, mas também pelos profissionais que participam do atendimento logo após o nascimento, antes da alta hospitalar, bem como dos demais profissionais da área da saúde, que porventura atuem com a criança e seus familiares.

Um aspecto que pode ter agravado a situação é a baixa escolaridade da amostra, o que pode dificultar o entendimento das informações fornecidas pelos profissionais. Parece ser um desafio para as equipes de *follow-up* a criação de estratégias que permitam atingir esta parcela de participantes com baixa escolaridade, tornando as informações mais acessíveis e úteis para os envolvidos.

O número de casos de abandono devido ao acompanhamento em outro serviço também foi significativo na amostra. Durante as entrevistas, foi possível perceber que alguns pais consideravam que bastava o acompanhamento de puericultura realizado nas Unidades Básicas de Saúde, por exemplo, desconsiderando a importância do *follow-up* com uma equipe multidisciplinar especializada.

O baixo número de famílias contatadas durante a pesquisa deve-se, sobretudo, a dados cadastrais desatualizados. Ciente das informações aqui apresentadas, a equipe já adotou um procedimento de atualização cadastral que parece mais eficiente (a cada retorno). Além disso, iniciou-se um processo de busca ativa semanal das crianças que faltaram às consultas, já que grande parte das famílias entrevistadas revelaram que abandonaram o seguimento após uma falta sem remarcação posterior. Foi instituído ainda o acolhimento integrado, realizado pelos profissionais de enfermagem e psicologia, que se dedicam a apresentar o programa às famílias em sua primeira consulta, esclarecendo dúvidas e reiterando a importância do acompanhamento. Para verificar a efetividade das estratégias adotadas, será importante a realização de um novo estudo em futuro próximo, a fim de verificar se houve alteração na evasão.

O presente estudo apresenta algumas limitações, entre elas o fato de ter sido realizada entrevista por meio telefônico, o pequeno número de participante que puderam ser contatados e por ter sido utilizada amostra de conveniência. Apesar dessas intempéries, os achados representam informações relevantes a serviços de *follow-up*, uma vez que as características do serviço em estudo são similares a outros descritos na literatura.

Embora a evasão seja um fenômeno esperado em ambulatórios de seguimento a longo prazo, os profissionais envolvidos no atendimento devem e podem procurar minimizá-lo, seja pelo esclarecimento da importância do *follow-up* ou mesmo pela busca insistente após o não comparecimento aos retornos agendados. Os recém-nascidos considerados de alto risco para alterações no desenvolvimento neuropsicomotor devem ser acompanhados por longos períodos, o que torna necessária a percepção das possíveis dificuldades que suas famílias terão em manter o seguimento. É importante que a equipe tenha atenção reforçada em aspectos como o esclarecimento da importância dos programas de *follow-up*, auxílio em questões socioeconômicas e nas possíveis dificuldades de acesso ao serviço.

5 CONCLUSÃO

Os achados indicam ser necessário consolidar o serviço de *follow-up* entre os diversos profissionais de saúde e usuários, conscientizando-os da sua importância e complexidades. Estratégias para uma melhor relação entre equipe e família devem ser incansavelmente buscadas, sempre com o objetivo de garantir que as crianças sejam acompanhadas da forma apropriada.

Drop-out in high-risk neonate follow-up service

ABSTRACT

The aim of this study was identify the reasons underlying drop-out from the High-Risk Neonate Follow-up Service of the University Hospital (HU)/Health Care Center (CAS) of the Federal University of Juiz de Fora (UFJF), and determine the profile of these children and their families. The service medical files were searched and 161 drop-outs identified. These files were analyzed for information concerning birth conditions, neonatal events, age at drop-out, length of the follow-up period and socioeconomic status. The families were contacted by telephone and a questionnaire applied to investigate the reasons for the drop-out and their opinion about and accessibility to the service. The children followed up had higher rates of perinatal events, with potential risk of future neuropsychomotor impairment. The mean age at drop-out was 14.73 months, and the length of follow-up was 11.39 months. Because of outdated information, only 42 families could be contacted, 47.62% reporting access difficulties and 11.90% showing dissatisfaction with the service. The main reasons for drop-out were follow-up in another service, failure to book again after missing an appointment and the family judgment that follow-up was not necessary. In this type of service, more attention should be paid to educating parents about the importance of follow-up, with a clear need of a more effective case search strategy with identification of situations hampering access.

Keywords: Patient Dropouts. Continuity of Patient Care. Infant, Premature. Low Birth Weight Neonate. Neonatal Asphyxia.

REFERÊNCIAS

- BARALDI, E.; FILIPPONE, M. Chronic lung disease after premature birth. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 357, no. 19, p. 1946-1955, Nov. 2007.
- BATTAGLIA, F. C.; LUBCHENCO, L. O. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. **Journal of Pediatrics**, Saint Louis, v. 71, no. 2, p. 159-163, 1967.
- DORLING, J. S.; FIELD, D. J. Follow up of infants following discharge from the neonatal unit: Structure and process. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 82, no. 3, p. 151-156, Mar. 2006.
- HACK, M. et al. Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 346, no. 3, p. 149-157, Jan. 2002.
- HILLE, E. T. M. et al. Behavioural problems in children who weigh 1000g or less at birth in four countries. **Lancet**, London, v. 357, no. 9269, p.1641-1643, May 2001.
- KUMAR, P. et al. Follow-up of high risk neonates. **WHO Collaborating Centre for Training and Research in Newborn Care**. 2008. Disponível em: <http://www.newbornwhocc.org/pdf/Follow-up_of_High_Risk_Neonates_050508.pdf> Acesso em: 22 jun. 2009.
- MARLOW, N. et al. For the EPICure study group. Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 352, no. 1, p. 9-19, Jan. 2005.
- MOSTER, D.; LIE, R. T.; MARKESTAD, T. Long-term medical and social consequences of preterm birth. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 359, no. 3, p. 262-273, July 2008.
- RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K. Risk factors associated with developmental abnormalities among high-risk children attended at a multidisciplinary clinic. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 126, n. 1, p. 4-10, jan. 2008.
- RODRIGUES, M. C. C.; MELLO, R. R.; FONSECA, S. C. Dificuldade de aprendizagem em escolares de muito baixo peso ao nascer. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 1, p. 6-14, fev. 2006.
- RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 101-110, mar./abr. 2005. Supl. 1.
- SALT, A.; REDSHAW, M. Neurodevelopmental follow-up after preterm birth: follow up after two years. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 82, no. 3, p.185-197, Mar. 2006.
- SILVA, O. P. V. S. **Novo manual de follow-up do recém-nascido de alto-risco**. Rio de Janeiro: Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 1995. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/follow_up/index.html>. Acesso em: 22 jun. 2009.
- UCHÔA, N. T. et al. Prevalência de perda auditiva em recém-nascidos de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 123-8, mar./abr. 2003.

VOHR, B. R.; ALLEN, M. Extreme prematurity: the continuing dilemma. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 352, no.1, p. 71-72, Jan. 2005.

WASSERSTEIN, W. Extremely preterm birth: defining the limits of hope. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 343, no. 6, p. 429-430, Aug. 2000.

WILSON-COSTELLO, D. et al. Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight in the 1900s. **Pediatrics**, Evanston, v. 115, no. 4, p. 997-1003, Apr. 2005.

WOOD, N. S. et al. For the EPICure Study Group. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 343, no. 6, p. 378-384, Aug. 2000.

Enviado em 18/7/2009

Aprovado em 16/9/2009