



Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa*

Strategies for implementing continuity of care after discharge of premature infants: an integrative review

Estrategias para efectivizar la continuidad del cuidado post alta al prematuro: revisión integrativa

Patrícia Pinto Braga¹, Roseni Rosângela de Sena²

RESUMO

Objetivo: Identificar as estratégias utilizadas para efetivar a continuidade do cuidado às crianças nascidas prematuras egressas de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Métodos:** Estudo de revisão integrativa com busca nas bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Eletronic Library on-line e Web of Science no período de 2001 e 2011. Dos 22 artigos selecionados para leitura, nove foram explorados, considerando o objetivo proposto. **Resultados:** A necessidade de desenvolvimento de pesquisas sobre a continuidade do cuidado aos egressos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é evidente nos artigos analisados e confirmado pelo nível de evidência científica dos estudos incluídos nesta revisão. **Conclusão:** A interseccionalidade, o conhecimento tecnocientífico dos profissionais para cuidar dos egressos de UTIN, políticas públicas, pesquisas multicêntricas, bem como a construção de vínculo entre profissionais dos serviços de saúde e famílias, são estratégias importantes para a construção da assistência aos prematuros e suas famílias, após a alta hospitalar.

Descritores: Prematuro; Cuidado da criança; Alta do paciente

ABSTRACT

Objective: To identify the strategies used to implement continuity of care for premature infants who were discharged from Neonatal Intensive Care Units (NICU). **Methods:** An integrative literature review with search in the databases of: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Literature of Latin American and Caribbean Health Sciences, Scientific Electronic Library Online, and Web of Science, for the period of 2001 to 2011. Of the 22 articles selected for reading, nine were explored, considering the proposed objective. **Results:** The need for further research on continuity of care for those discharged from the NICU is evident in the articles analyzed and confirmed by the level of scientific evidence of the studies included in this review. **Conclusion:** Intersectionality, technoscientific knowledge of professionals to care for those discharged from the NICU, public policy, multicenter research, as well as building ties between health care professionals and families, are important strategies for the construction of assistance for preterm infants and their families, after hospital discharge.

Keywords: Infant, premature; Child care; Patient discharge

RESUMEN

Objetivo: Identificar las estrategias utilizadas para efectivizar la continuidad del cuidado a los niños nacidos prematuros egresados de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal. **Métodos:** Estudio de revisión integrativa con búsqueda en las bases de datos Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Scientific Eletronic Library on-line y Web of Science en el período de 2001 y 2011. De los 22 artículos seleccionados para lectura, nueve fueron explorados, considerando el objetivo propuesto. **Resultados:** La necesidad de desarrollo de investigaciones sobre la continuidad del cuidado a los egresados de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) es evidente en los artículos analizados y confirmado por el nivel de evidencia científica de los estudios incluídos en esta revisión. **Conclusión:** La intersectorialidad, el conocimiento tecnocientífico de los profesionales para cuidar a los egresados de UCIN, políticas públicas, investigaciones multicéntricas, así como la construcción de vínculo entre profesionales de los servicios de salud y familias, son estrategias importantes para la construcción de la asistencia a los prematuros y sus familias, después del alta hospitalaria.

Descriptor: Prematuro; Cuidado del niño; Alta del paciente

* Estudo extraído de pesquisa de doutorado, em andamento, intitulada: *A rede de atenção à criança nascida prematura. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.*

¹ Professora assistente da Universidade Federal de São João del-Rei – Campus Divinópolis – Divinópolis (MG), Brasil.

² Professora Emérita da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

INTRODUÇÃO

No mundo a incidência de prematuridade corresponde a 9,6% (12,9 milhões) do total de nascimentos⁽¹⁾; no Brasil, essa incidência é de 6,7% dos nascidos vivos⁽²⁾.

É relevante considerar que esses nascimentos são acompanhados de vulnerabilidades a morbidades e corresponde à maioria das mortes no primeiro ano de vida^(1,3-5).

O parto pré-termo é definido como aquele cuja gestação termina entre as 20^a e 37^a semanas ou entre 140 e 257 dias, após o primeiro dia da última menstruação⁽⁶⁾.

Nos países desenvolvidos, as causas para o aumento da prematuridade estão associadas, em países desenvolvidos, ao aumento de gestações múltiplas, incremento do uso de técnicas de reprodução assistida e maior número de bebês nascidos entre mulheres com mais de 34 anos de idade. Em países em desenvolvimento, a fragilidade da assistência pré-natal é apontada como principal causa para a prematuridade. Estudos revelam que, em regiões subdesenvolvidas, como parte da África e da Ásia, a prematuridade está provavelmente associada à falta de assistência à saúde e às condições socioeconômicas desfavoráveis^(1,3).

Ao pensar em prematuridade, deve-se considerar que os recém-nascidos pré-termos (RNPT) e de baixo peso ao nascer (BPN) apresentam características singulares que requerem uma adaptação complexa ao meio extrauterino, no que se refere aos aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Nesta perspectiva, há necessidade de uma assistência resolutiva, que seja iniciada no hospital e tenha continuidade após a alta hospitalar⁽⁷⁾.

Teoricamente, qualquer recém-nascido prematuro pode cursar com problemas futuros, porém, é preciso fazer uma triagem para o seguimento com base em um melhor conhecimento dos grupos de maior risco. Os objetivos da continuidade do cuidado ao recém-nascido de risco podem ser assim traduzidos: acompanhar a adaptação da criança ao ambiente após a alta hospitalar; incentivar o vínculo família-criança; acompanhar o crescimento pondero-estatural, acompanhar o desenvolvimento, diagnosticando e tratando precocemente seus desvios, observando as particularidades de cada caso; gerenciar o acompanhamento de outros profissionais envolvidos no atendimento à criança e analisar dados do seguimento ambulatorial, procurando correlacionar com o atendimento pré e pós-neonatal, a fim de promover melhorias no serviço de saúde perinatal⁽⁸⁾.

É notório que a continuidade do cuidado, após a alta hospitalar é fundamental para a qualidade de vida da criança nascida prematura e sua família, entretanto, efetivar essa assistência exige um suporte da rede de cuidados em saúde e apoio social, que possui fragilidades no contexto da atenção à saúde da criança no Brasil⁽⁹⁻¹³⁾.

A necessidade de desenvolvimento de pesquisas no campo da continuidade da atenção ao prematuro egresso

de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é evidenciada em estudos nacionais e internacionais. Verificamos que existem avanços tecnocientíficos na assistência neonatal, entretanto, é necessário o desenvolvimento de pesquisas que permitam a visibilidade, a longo prazo, do impacto do cuidado prestado ao recém-nascido prematuro que revelem as estratégias utilizadas para efetivar a assistência, após a alta hospitalar^(1,2,4-5,8).

Considerando que a prematuridade é reconhecida como um problema de saúde pública e requer instrumentos de cuidados que potencializem a qualidade de vida das crianças nascidas prematuras e suas famílias e sabendo que existem lacunas na produção de estudos científicos a respeito das estratégias a serem adotadas para efetivar o cuidado pós-alta a essa população, o presente artigo objetivou identificar estratégias que estão sendo utilizadas para efetivar a continuidade do cuidado à criança nascida prematura egressa de unidade de terapia intensiva neonatal.

MÉTODOS

Optou-se por uma revisão integrativa, por ser o tipo mais amplo dos métodos de revisão de pesquisa, que permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, favorecendo uma compreensão abrangente do cuidado pós-alta ao prematuro. Esse método tem a potencialidade de contribuir com a prática baseada em evidências, bem como aponta a necessidade de novas pesquisas e contribui para a construção de políticas em saúde⁽¹⁴⁾.

Para o desenvolvimento dessa revisão integrativa, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema; formulação de uma questão norteadora; busca e seleção da literatura; categorização e avaliação dos estudos e apresentação da revisão⁽¹⁵⁾.

O estudo foi desenvolvido com base na seguinte questão norteadora: quais estratégias estão sendo utilizadas para efetivar a assistência às crianças nascidas prematuras, após a alta das unidades de terapia intensiva neonatal?

Para busca e seleção da literatura, definiram-se as seguintes bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library online e Web of Science. Como critério de inclusão dos estudos, foi definido o período de publicação entre 2001 e 2011, trabalhos disponíveis eletronicamente na íntegra e nos seguintes idiomas: inglês, espanhol e português. A opção por esse período de publicação justifica-se pela constatação, baseada na busca bibliográfica, que pesquisas no campo da neonatologia são mais expressivas a partir da década de 1990, e os estudos específicos sobre a continuidade da atenção, após a alta hospitalar e repercussões a longo prazo do cuidado em UTIN, são encontrados majoritariamente a partir de 2001.

As palavras-chave “prematurity”, “discharge” e “technology” foram utilizadas de forma associada e, para a busca na LILACS, os mesmos termos foram utilizados sendo traduzidos para a língua portuguesa.

Na busca inicial, 213 artigos foram encontrados, 64 na LILACS, 134 na CINAHL, 11 na SciELO e 4 na Web of Science. Pela leitura dos resumos, foram excluídos estudos em duplicidade nas diferentes bases de dados ou em idiomas distintos dos definidos, como critério para inclusão e aqueles que, conforme percebido após a leitura, não atendiam ao tema proposto. Dos 22 artigos, lidos na íntegra, apenas nove responderam à questão norteadora e definiram a amostra final desta revisão.

Os dados foram organizados⁽¹⁵⁾ em um quadro e, posteriormente, com base nas definições, foram extraídas as informações pertinentes ao objetivo proposto nesta revisão. (obs. o Quadro 1 não apresenta todos esses aspectos)

O nível de evidências (NE) dos estudos foi atribuído pautado na classificação proposta por Stetler *et al.*⁽¹⁶⁾: nível I – evidência obtida do resultado de metanálise de estudos

clínicos controlados e com randomização; nível II – evidência obtida em estudo de desenho experimental; nível III – evidência obtida de pesquisas quase-experimentais; nível IV – evidências obtidas de estudos descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa; nível V – evidências obtidas de relatórios de casos ou relatos de experiências; nível VI – evidências baseadas em opiniões de especialistas ou com base em normas ou legislação.

RESULTADOS

Dentre os nove artigos incluídos para análise, seis eram de autoria médica e três de enfermeiros; quanto ao local de publicação, dois estudos foram desenvolvidos na Europa, três nos Estados Unidos da América e quatro na América do Sul. Quanto ao periódico de publicação, quatro artigos foram publicados em revistas de enfermagem, três em revistas da área médica e dois em revistas interdisciplinares da área da saúde. Os dados do Quadro 1 resumem as informações dos artigos analisados.

Quadro 1 – Artigos sobre as estratégias utilizadas, para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta à criança nascida, prematura, egressa de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 2001-2011

| Título do artigo | Tipo estudo | Autores | Periódico/ano | Nível de Evidência |
|--|-------------------------|--|---|--------------------|
| Folow-up care of high-risk infants | Relato de Experiência | American Academy of Pediatrics. Supplement | Pediatrics /2004 Supplement | V |
| Building a System of child find a 3 – Tiered Model of follow-up. | Relato de Experiência | Jackson, B.J.; Needelman, H. | Infants & Young Children /2007 | V |
| The Medically Complex Premature Infant in Primary Care | Estudo de Atualização | Kelly, M.M. | Journal of Pediatric Health Care /2006 | VI |
| Folow-up of infants following discharge from the neonatal unit: structure and process | Revisão de Literatura | Dorling, J.S., Field, D.J. | Early Human Development /2006 | VI |
| Seguimiento del prematuro/gran prematuro em Atención Primaria | Não Definido | Carbonero, S.C., Pallás Alonso, C.R. | Revista de Pediatría de Atención Primaria /2009 | VI |
| Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo | Revisão de Literatura | Rugolo, L.M.S.S. | Jornal de Pediatría /2005 | VI |
| O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal | Descritivo Qualitativo | Vieira, C.S., Mello, D.F. | Texto & Contexto Enfermagem /2009 | IV |
| Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida | Descritivo Quantitativo | Tronchin, D.M.R.; Tsunehiro, M.A. | Revista Gaúcha de Enfermagem /2007 | IV |
| Rede de apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. | Descritivo Qualitativo | Vieira, C.S., Mello, D.F., Oliveira, B.R.G., Furtado, M.C.C.F. | Revista Eletrônica de Enfermagem /2010 | IV |

Em relação ao delineamento da pesquisa, foram identificados: dois estudos descritivos qualitativos⁽¹⁰⁻¹¹⁾, um estudo descritivo quantitativo⁽¹⁷⁾, duas revisões de literatura^(18,19), dois relatos de experiências⁽²⁰⁻²¹⁾, um estudo de atualização⁽²²⁾ e, em um estudo, não foi possível identificar o delineamento de pesquisa⁽²³⁾, por falta de definição clara dos autores.

O Nível de Evidência – NE dos artigos foram: três com NE IV^(10-11,17), dois com NE V⁽²⁰⁻²¹⁾, e quatro com NE VI^(18-19,22-23).

DISCUSSÃO

Paralelamente aos avanços tecnológicos, que contribuíram para a sobrevivência de recém-nascidos prematuros cada vez menores, houve um aumento nos índices de morbidades que acompanham estas crianças ao longo da vida. O risco de desenvolver doenças aumenta com a diminuição da idade gestacional de nascimento, o que justifica a necessidade de acompanhamento pós-alta a esta população na tentativa de favorecer a qualidade de vida do prematuro e para agir precocemente diante das alterações identificadas^(10,11,17-23).

Considerando as estratégias que devem ser implementadas para garantir a continuidade da atenção ao egresso de UTIN, é pertinente evidenciarmos as disfunções apresentadas nos estudos analisados, que os prematuros, sobretudo, os extremos, com idade gestacional inferior a 29 semanas – podem apresentar, a saber: paralisia cerebral^(19,21-23), alterações visuais e cegueira^(17,19,21-23), problemas auditivos^(17,19,22-23), dificuldades de aprendizagem – cognitivo^(17,19,21-23), déficit de atenção^(17,19,21-23), problemas de coordenação motora^(19,21,23), problemas psiquiátricos – comportamento^(17,21-23) e de interação social – familiar^(10,22-23), elevada morbidade respiratória^(17,19,21-22), crescimento inadequado^(10,19,21), problemas de linguagem^(17,19) e dificuldades de alimentação⁽²²⁾.

Diante dessas evidências, os estudos analisados apresentam como objetivo e justificativa para o acompanhamento da criança de risco a possibilidade de melhorar sua condição a médio e longo prazos, considerando que a continuidade do cuidado poderá tratar e prevenir precocemente algum atraso no crescimento e desenvolvimento, ou seja, garantir a sobrevivência do prematuro com boa qualidade de vida^(10,17,18-20,22-23).

Além de acompanhar a criança, preferencialmente, até o período da adolescência, outro objetivo da continuidade da assistência é fornecer suporte à família para favorecer os cuidados com sua criança de risco^(10,18,22-23). A construção de vínculo e responsabilização são apontados como estratégias fundamentais para o sucesso do acompanhamento e redução da chance de evasão das crianças dos programas de acompanhamento^(10,18).

Para alcançar os objetivos do acompanhamento do prematuro, os estudos analisados apontam a necessidade

de estrutura para o atendimento aos egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e afirmam que a equipe multiprofissional^(18-19,22-23), composta por assistentes sociais, enfermeiros, pediatras, psicólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, com suporte de especialistas da área cardiologia, oftalmologia, neurologia e otorrinolaringologista⁽¹⁰⁾, deverá estar apta a atender à criança de risco, considerando suas especificidades de crescimento e desenvolvimento.

As estratégias de cuidado, a serem iniciadas na primeira semana após a alta da criança, deverão ser um processo contínuo, flexível e dialógico⁽¹⁰⁾ de avaliação, incluindo a observação da criança durante a consulta, a participação e a valorização da opinião dos pais^(10,17,19,21-23), exame neurológico sistematizado, avaliação dos marcos do desenvolvimento com o uso de testes de triagem e avaliação do crescimento com base nos dados antropométricos^(17,19,22-23).

A respeito da atuação do enfermeiro, como protagonista das estratégias para efetivar a atenção ao prematuro, os autores dos estudos analisados ponderam que esse profissional possui uma habilidade de gerenciamento do cuidado ao egresso de UTIN e ainda desenvolve atividades em conjunto com a equipe viabilizando a adesão da família ao acompanhamento. Nesse contexto o enfermeiro é reconhecido como facilitador do processo de construção de autonomia da família no cuidado ao prematuro, após a alta hospitalar^(10-11,20).

Autores alertam que uma das estratégias de atendimento que deve ser adotada pelos profissionais de saúde à criança que nasce prematura, é ajustar sua idade cronológica à idade gestacional corrigida, até os 2 anos de idade, e, assim, não subestimar os resultados esperados para o crescimento e desenvolvimento^(18-19,21,23).

Outra estratégia de monitoramento da criança de risco é o contato telefônico, sobretudo, logo após a alta, para verificar a presença de dúvidas das famílias ou problemas com a criança. Nesse contato, pode ser usado um questionário para verificar a vulnerabilidade da criança a morbidades, entretanto, deve ser utilizado por pessoas treinadas, pois os pais podem superestimar sua criança^(18,21).

Quatro estudos analisados apontam a necessidade de integração entre a Atenção Primária em Saúde e o programa de acompanhamento e a efetivação da intersetorialidade de serviços, como estratégias para garantir a continuidade do cuidado à criança de risco e sua família^(10,20,22-23).

Uma estratégia utilizada para garantir a continuidade da atenção, por meio de um sistema de monitoramento de crianças egressas de UTIN, foi descrita em um dos estudos analisados. A parceria entre serviços de saúde, serviços sociais, educação e famílias para operacionalizar uma estrutura articulada e contínua de cuidado, é eixo de estruturação dessa estratégia de acompanhamento de

prematuros criada no Estado de Nevada (EUA). Nesta experiência com a implantação do *Developmental TIPS* (*Tracking Infants Progress Statewide*) – Sistema Estadual de Rastreamento do Desenvolvimento Infantil –, há um monitoramento das crianças egressas da UTI⁽²⁰⁾.

Na implantação do *Developmental-TIPS*, que apresenta resultados favoráveis até o momento, além da intersetorialidade, foi fundamental o financiamento desse programa, pela Academia Americana de Pediatria, além do envolvimento de representantes (médicos e enfermeiros) de hospitais do Estado de Nevada, deputados estaduais e coordenadores de serviço social e de educação⁽²⁰⁾.

Contrapondo esta experiência de sucesso, verificamos, em estudos nacionais, que há um distanciamento das famílias de crianças nascidas prematuras dos serviços de atenção primária em saúde^(10-11,17). A centralidade nos aspectos biológicos foi também evidenciada em três estudos e reflete um cuidado fragmentado, não havendo espaço para interação com a família, que é uma estratégia apontada como favorável para a continuidade da atenção^(10-11,20).

A vulnerabilidade programática à criança de risco foi a conclusão de dois estudos desenvolvidos no Brasil. Vulnerabilidade esta que é reflexo da fragilidade entre a integração dos serviços, com ausência de atividades de referência e contrarreferência e de intersetorialidade evidenciadas, como estratégias importantes para efetivar a continuidade da assistência^(10,20).

Pesquisas revelam que a evasão do programa de acompanhamento é entre 20% e 25%^(19,23). A inexistência de estratégias de busca ativa dessas crianças é um agravante desse processo⁽¹⁷⁾.

Uma das estratégias mencionadas para manter essa adesão é a divulgação permanente das ações do programa de acompanhamento, que deve ser feita com os familiares, desde o período de internação hospitalar e ter continuidade após a alta^(17,20). Outra estratégia apontada para manter a adesão das famílias das crianças no programa é a construção de vínculo^(10,20).

Um dos estudos analisados apresenta as seguintes estratégias para redução da evasão: prestar informações aos pais durante a internação hospitalar; manter o registro de vários endereços, como de outros familiares e locais de trabalho dos pais, após a alta; manter contato até que seja iniciado o primeiro atendimento ambulatorial; estreitar comunicação entre os profissionais dos serviços dos níveis primários, secundários e terciários em saúde; manter um profissional de referência, disponível, para que a família faça contato fora do horário do atendimento; oferecer atendimento, conforme a disponibilidade da família, utilizando a estratégia de visitas domiciliares⁽¹⁸⁾.

Além dos serviços de saúde, outros elementos constituintes do cuidado são apontados como necessários para efetivar o cuidado pós-alta, como a rede de apoio social (vínculos de amizade da família) e a rede social (composta

por diferentes instituições, como escolas, serviços de saúde, comunidade, igrejas). A rede social é identificada como um elemento que auxilia o fortalecimento da família frente às suas experiências de vida, atuando na redução da taxa de mortalidade, na prevenção de agravos e na recuperação da saúde. O suporte da rede de apoio é identificado como fundamental às famílias no enfrentamento de crises, como é o nascimento de uma criança prematura^(11,22).

A necessidade de desenvolvimento de pesquisas para avaliar a assistência prestada e monitorar as ações desenvolvidas, após a alta é apontada como estratégia para manutenção dos programas de acompanhamento do prematuro⁽¹⁷⁻²¹⁾. Há necessidade de estudos a longo prazo, como ensaios controlados randomizados, estudos de coorte e pesquisas multicêntricas, uma vez que intervenções perinatais podem alterar o crescimento e o desenvolvimento do prematuro⁽²¹⁾, entretanto, o alto custo destas propostas associado ao custo dos programas de acompanhamento tem se mostrado um entrave.

Com esta revisão, ficou evidente que a estratégia para a vigilância é estabelecer mecanismos para monitorar sistematicamente o atendimento de alto risco durante a hospitalização e após a alta, compondo um panorama do desenvolvimento e crescimento das crianças, o que permitirá planejar a assistência e propor melhorias de intervenções na UTI e nos ambulatórios⁽²⁰⁻²¹⁾.

CONCLUSÃO

O nível de evidência dos estudos analisados sinaliza ser oportuno o investimento em pesquisas clínicas controladas e com randomização e estudos de desenho experimental para contribuir com a melhoria da assistência neonatal durante a internação e após a alta hospitalar.

O risco de morbidades e mortalidade, às quais o prematuro está exposto, exige a construção de ações programáticas capaz de atender às suas necessidades e de sua família.

Para efetivar a rede de cuidados às crianças nascidas prematuras, os estudos evidenciam que são necessárias ações conjuntas com diferentes serviços e setores (saúde, educação, organizações não governamentais, comunidade), sistematização do acompanhamento da criança baseadas em protocolos, no monitoramento dos resultados obtidos e no desenvolvimento de pesquisas.

O gerenciamento do cuidado e as orientações à família, para o exercício da autonomia no cuidado ao prematuro, após a alta hospitalar, são estratégias realizadas pelos enfermeiros para favorecer a continuidade da atenção.

Com este estudo, destaca-se que a construção de vínculo, responsabilização, intersetorialidade, conhecimento tecnocientífico dos profissionais para cuidar do egresso de UTI e políticas públicas favoráveis são estratégias importantes a serem consideradas na construção de programas de acompanhamento de prematuros e suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Organ.* 2010; 88:31-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
3. Carvalho M, Gomes MA. [Mortality of very low birth weight preterm infants in Brazil: reality and challenges]. *J Pediatr.* 2005; 81(1 Supl):S111-18. Portuguese.
4. Watts JL, Saigal S. Outcome of extreme prematurity: as information increases so do the dilemmas. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2006; 91(3):F221-5.
5. Bennett FC. Low birth weight infants: accomplishments, risks, and interventions. *Infants Young Child.* 2002; 15(1):6-9.
6. Ramos JG, Martins SH, Valério EG, Muller AL. Nascimento pré-termo. In: Freitas F, Martins SH, Ramos JG, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre: Artmed; 2001. p.69-80.
7. Mello DF, Rocha SM, Scochi CG, Lima RA. Brazilian mothers' experiences of home care for their low birth weight infants. *Neonatal Netw.* 2002; 21(1):30-4.
8. Cardoso LE, Falcão MC. Seguimento ambulatorial do recém-nascido de risco. In: Procianny RS, Leone CR, organizadores. Programa de Atualização em neonatologia (PRORN). Porto Alegre: Artmed; 2004. p.149-201.
9. Méio MD, Lopes CS, Morsch DS. [Prognostic factors for cognitive development of very low birth weight premature children]. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(3):311-8. Portuguese.
10. Viera CS, Mello DF. The health follow up of premature and low birth weight children discharged from the neonatal intensive care unit. *Texto & Contexto Enferm.* 2009; 18(1):74-82.
11. Viera CS, Mello DF, Oliveira BR, Furtado MC. Rede de apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev Eletrônica Enferm.* 2010; 12(1):11-9.
12. Andreani G, Custódio ZA, Crepaldi MA. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Alethéia.* 2006; (24):115-26.
13. Morais AC, Quirino MD, Almeida MS. Home care of the premature baby. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(1):24-30.
14. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005; 52(5):546-53.
15. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. [Integrative review: what is it? How to do it?]. *Einstein (São Paulo).* 2010; 8(1 Pt 1):102-6. Portuguese.
16. Stetler CB, Brunell M, Giuliano KK, Morsi D, Prince L, Newell-Stokes V. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *J Nurs Adm.* 1998; 28(7-8):45-53.
17. Tronchin DM, Tsunehiro MA. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007; 28(1):79-88.
18. Dorling JS, Field DJ. Follow up of infants following discharge from the neonatal unit: structure and process. *Early Hum Dev.* 2006; 82(3):151-6.
19. Rugolo LM. [Growth and developmental outcomes of the extremely preterm infant]. *J Pediatr (Rio J).* 2005; 81(1 Supl):101-10. Portuguese.
20. Jackson BJ, Needelman H. Building a system of child find through a 3-tiered model of follow-up. *Infants Young Child.* 2007; 20(3):255-65.
21. American Academy of Pediatrics. Follow-up care of high-risk infants. *Pediatrics.* 2004; 114(Suppl 5):1377-97.
22. Kelly MM. The medically complex premature infant in primary care. *J Pediatr Health Care.* 2006; 20(6):367-73.
23. Carbonero SC, Alonso CR. Seguimiento del prematuro/gran prematuro en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009 17(Supl):443-50.